

Ergebnisbericht

zum Thüringen-Modul aus KiGGS Welle 1



**Studie zur Gesundheit von Kindern
und Jugendlichen in Deutschland**

Impressum

Herausgeber

Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Werner-Seelenbinder-Str. 6
99096 Erfurt
Telefon: (0361) 37 900
Telefax: (0361) 37 98 800
poststelle@tmasgff.thueringen.de

Verfasser

Robert Koch-Institut Berlin
Laura Krause, Benjamin Kuntz, Thomas Lampert, Panagiotis Kamtsiuris
Nordufer 20
13353 Berlin
www.rki.de

im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Redaktionsschluss
9. Dezember 2014

© 2015 Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie



Vorwort

Kinder und Jugendliche sollen die bestmöglichen Chancen für eine optimale körperliche, geistige und seelische Entwicklung haben. Das liegt mir als für Gesundheit im Freistaat Thüringen zuständige Ministerin besonders am Herzen. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die für Kindergesundheit verantwortlichen Akteurinnen und Akteure, insbesondere auch die Gesundheitspolitikerinnen und -politiker, gemeinsam alle Anstrengungen unternehmen.

Das bisher Erreichte kann sich sehen lassen. Die Gesundheit der Thüringer Kinder und Jugendlichen befindet sich auch im bundesweiten Vergleich auf einem guten Niveau. So ist der Schutz gegen impfpräventable Infektionskrankheiten gestiegen. Eine entsprechende Abnahme der für das Kinder- und Jugendalter typischen Infektionskrankheiten (Windpocken, Mumps, Masern, Röteln) ist zu verzeichnen. Es gibt eine deutliche Verbesserung der Zahngesundheit. Die Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 ist seit 2010 noch einmal deutlich gestiegen. Ein frühzeitiges Erkennen von Entwicklungshemmnissen und damit ein therapeutisches Intervenieren sind so besser möglich. Dadurch haben sich bei den teilnehmenden Kindern die Voraussetzungen für eine optimale geistige und körperliche Entwicklung verbessert.

Unsere Bemühungen dürfen dennoch nicht nachlassen. Maßnahmen für die Kindergesundheit und auch den Kinderschutz müssen stetig weiter entwickelt werden. Um die richtigen Maßnahmen ergreifen zu können, bedarf es einer verlässlichen Datengrundlage, die eine Bewertung der gesundheitlichen Situation und den Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zulässt. Die bisher für den Freistaat zur Verfügung stehenden Statistiken bilden zwar die gesundheitliche Situation mehr oder weniger umfassend ab. Eine Verknüpfung mit sozialen Faktoren gab es bisher aber nicht!

Um diesem Mangel abzuhelpen, entschied sich das Gesundheitsministerium, die Basis des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys, das sogenannte „KIGGS“, auch für Thüringen zu nutzen. Im Rahmen der bundesweiten repräsentativen Datenerhebung wurden mit einem speziellen „Thüringen-Modul“ Daten zur gesundheitlichen Situation Thüringer Kinder und Jugendlicher in Abhängigkeit zu ihrer sozialen Lage erhoben.

In Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut entstand der vorliegende Ergebnisbericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Thüringen. Damit liegen nunmehr erstmalig für Thüringen repräsentative Daten über die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen auch im Kontext zu ihrer sozialen Lage vor. Künftig sollen sie einerseits als wichtige Grundlage für zielgerichtete und effiziente gesundheitspolitische Entscheidungen zur weiteren Verbesserung von Kindergesundheit und Kinderschutz dienen. Andererseits sind sie auch eine Basis zur Entwicklung von Instrumenten im Kampf gegen die gesundheitliche Benachteiligung von in Armut lebenden Kindern.

Vor diesem Hintergrund will ich klar betonen, dass zwar die Erarbeitung des Berichtes abgeschlossen ist, nicht aber die Arbeit mit diesem Bericht. Diese Arbeit steht erst am Anfang. Die Ergebnisse des Berichtes sollen in den nächsten Jahren schwerpunktmäßig bewertet und der erforderliche konkrete Handlungsbedarf aufgezeigt werden. Dazu wollen wir mit Ihnen, die für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Verantwortung tragen, in einen Dialog eintreten, um gemeinsam die Ergebnisse des Berichtes zu diskutieren und die erforderlichen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Kindergesundheit auf den Weg bringen.

Die Inhalte der Thüringer Datenerhebung stimmen mit dem bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey überein, so dass wir auch mit dem Bundesgesundheitsurvey und der Bundesgesundheitsberichterstattung vergleichen können. Mein Wunsch ist auch, die Arbeit mit dem Robert-Koch-Institut zu gegebener Zeit fortzusetzen, um die Wirksamkeit der veranlassten Maßnahmen bewerten und die Entwicklung der Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen verfolgen zu können.

Ich freue mich auf die Zusammenarbeit zum Wohle unserer Kinder und Jugendlichen. Ich rufe Sie auf, sich an dieser spannenden und lohnenden Diskussion zu beteiligen.

Ihre

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Heike Werner', written in a cursive style.

Heike Werner

Thüringer Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Datengrundlage und Methodik.....	4
3	Ergebnisse: Faktenblätter	6
3.1	Subjektive Gesundheit.....	10
3.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	15
3.3	Chronisches Kranksein.....	18
3.4	Kopfschmerz	21
3.5	Psychische Auffälligkeiten	24
3.6	ADHS.....	28
3.7	Asthma bronchiale	32
3.8	Heuschnupfen	36
3.9	Neurodermitis	40
3.10	Skoliose.....	44
3.11	Unfallverletzungen	47
3.12	Obstverzehr	52
3.13	Gemüseverzehr	56
3.14	Süßigkeitenverzehr	60
3.15	Körperliche Aktivität.....	64
3.16	Sportliche Aktivität	68
3.17	Mediennutzung	72
3.18	Alkoholkonsum.....	76
3.19	Tabakkonsum	81
3.20	Wasserpfeifenkonsum.....	86
3.21	Passivrauchbelastung	90
3.22	Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft.....	93
3.23	Stillverhalten	96
3.24	Früherkennungsuntersuchungen	100
3.25	Kinderarztbesuche.....	104
3.26	Arztbesuche insgesamt	108
4	Vergleich zwischen Thüringen und Deutschland	111
4.1	Gesundheitliche Lage	111
4.2	Gesundheitsverhalten	114
4.3	Inanspruchnahmeverhalten	117

1 Einleitung

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen steht seit einigen Jahren im Fokus des wissenschaftlichen, gesundheitspolitischen und öffentlichen Interesses. Immer deutlicher zeichnet sich ab, dass die Weichen für ein langes Leben in guter Gesundheit bereits in jungen Jahren gestellt werden. Beeinflusst wird die kindliche Entwicklung vor allem durch die allgemeinen Lebensbedingungen, das familiäre und soziale Umfeld, das erlernte Gesundheitsverhalten sowie die verfügbare medizinische Versorgung. Der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter wirken sich wiederum in hohem Maße auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit im Erwachsenenalter aus. Treten z. B. in jungen Jahren Entwicklungsstörungen auf, setzen sich diese im Altersgang häufig fort und führen langfristig zu Beeinträchtigungen im Wohlbefinden und in der sozialen Teilhabe. Das Ziel sollte es vor diesem Hintergrund sein, allen Kindern und Jugendlichen unabhängig von ihrer Herkunft die bestmöglichen Chancen für ein gesundes Aufwachsen zu bieten.

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Thüringen. Er basiert im Wesentlichen auf Daten einer Modulstudie, die das Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS Welle 1) von Mai 2010 bis Januar 2012 durchgeführt hat. Das Land Thüringen hat damit die Möglichkeit genutzt, durch eine landesweite Stichprobenaufstockung verlässliche Aussagen über die gesundheitliche Situation seiner 0- bis 17-jährigen Bevölkerung zu erhalten. Während die bundesweite KiGGS-Studie nach der Basiserhebung (2003-2006) bereits zum zweiten Mal durchgeführt wurde, ist es für Thüringen das erste Mal, dass derart umfangreiche Informationen zur gesundheitlichen Lage der heranwachsenden Generation zur Verfügung stehen. Auftraggeber der Modulstudie und des Ergebnisberichts ist das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit. Die gewonnenen Daten bilden eine belastbare Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung in Thüringen und können für gesundheitspolitische Entscheidungen und Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Kinder und Jugendlichen herangezogen werden.

Im Folgenden wird zunächst die Methodik der KiGGS-Studie mit Blick auf den gesamtdeutschen Kernsurvey und das Landesmodul Thüringen beschrieben. Anschließend werden Ergebnisse aus dem Thüringen-Modul zu insgesamt 26 Themen präsentiert, die sich den Bereichen „Gesundheitliche Lage“, „Gesundheitsverhalten“ und „Inanspruchnahmeverhalten“ zuordnen lassen. Für die Darstellung der Ergebnisse wird das im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am RKI entwickelte Format der Faktenblätter genutzt. Jedes Faktenblatt skizziert dabei die Public-Health-Relevanz des jeweiligen Themas, benennt die Ausgangsfragen und Instrumente, auf denen die berichteten Indikatoren basieren, stellt die zentralen Ergebnisse übersichtlich und nachvollziehbar dar und ordnet diese unter Hin-

zuziehung weiterer Datenquellen ein. Abschließend wird eine indikatorenbasierte Gegenüberstellung der für Thüringen aufbereiteten Ergebnisse mit den entsprechenden gesamtdeutschen Werten aus KiGGS Welle 1 vorgenommen. Der Vergleich liefert Hinweise auf mögliche Unterschiede im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und im Inanspruchnahmeverhalten von Kindern und Jugendlichen in Thüringen und Deutschland insgesamt.

2 Datengrundlage und Methodik

KiGGS Welle 1: Erste Folgebefragung 2009-2012

KiGGS ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) und derzeit als kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie realisiert. Für den Altersbereich 0 bis 17 Jahre soll KiGGS wiederholt bundesweit erhobene Prävalenzdaten zur gesundheitlichen Situation der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen liefern. Die KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) umfasste Befragungen, Untersuchungen und Laboranalysen, KiGGS Welle 1 (2009-2012) Befragungen in Form von Telefoninterviews. An der KiGGS-Basiserhebung war eine Querschnittstichprobe von insgesamt 17.641 Probanden im Alter von 0 bis 17 Jahren bei einer Response von 66,6% beteiligt. Die Einzuladenden wurden in einer geschichteten Zufallsstichprobe von 167 Orten Deutschlands zufällig aus den Melderegistern gezogen (Kamtsiuris et al. 2007). Die Stichprobe von KiGGS Welle 1 bestand zum einen aus einer neuen Querschnittstichprobe 0- bis 6-Jähriger, die wiederum zufällig aus den Melderegistern der ursprünglichen 167 Studienorte gezogen wurde. Zum anderen wurden die ehemaligen Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung, die inzwischen 6 bis 24 Jahre alt waren und als geschlossene Kohorte weitergeführt werden, zur Befragung eingeladen. Die Telefoninterviews wurden durch geschultes Studienpersonal im RKI durchgeführt. Zum Anrufmanagement und zur Datenerfassung wurde das Softwareprodukt Voxco Version 5.4.4.5 (Voxco Inc., Montréal QC, Kanada) eingesetzt. Vor Beginn der Studie lagen positive Voten der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin und des Bundesbeauftragten für den Datenschutz vor, eine Befragung erfolgte nur nach Information und schriftlicher Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten Minderjähriger oder der volljährigen Probanden selbst. Insgesamt nahmen 12.368 Kinder und Jugendliche (6093 Mädchen, 6275 Jungen) in dem für den Querschnitt relevanten Altersbereich von 0 bis 17 Jahren teil, darunter 4455 Ersteinladene (Response: 38,8%) und 7913 Wiedereingeladene (Response: 72,9%) (Lange et al. 2014).

Das Landesmodul Thüringen in KiGGS Welle 1

Die im Rahmen von KiGGS Welle 1 zusätzlich durchgeführte regionale Modulstudie fand im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit statt. Ziel war es, für das Bundes-

land Thüringen repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren zu gewinnen. Für diesen Zweck wurden neben den neun Thüringer Studienorten aus dem bundesweiten Kernsurvey in 27 weiteren Orten des Bundeslandes Erhebungen mit einem im Vergleich zur Kernstudie ähnlichen Befragungsprogramm telefonisch durchgeführt (Abb. 1). Die Feldarbeit für das Landesmodul Thüringen fand von Mai 2010 bis Januar 2012 statt. Insgesamt haben 4884 Kinder und Jugendliche (2382 Mädchen, 2502 Jungen) in Thüringen an der Studie teilgenommen (Tab. 1); etwa 8% der Interviews wurden dabei im Rahmen der Kernstudie von KiGGS Welle 1 erhoben. In den 27 zusätzlichen Erhebungsorten nahmen im Durchschnitt 156 Kinder und Jugendliche teil. Insgesamt wurden für das Landesmodul Thüringen 4855 Eltern und 1739 Kinder und Jugendliche telefonisch interviewt.

Abbildung 1 Sample Points in Thüringen (blau: Bundessurvey; rot: Landessurvey; die Stadt Erfurt wurde im Bundessurvey sowie im Landesmodul als Sample Point in Thüringen berücksichtigt)

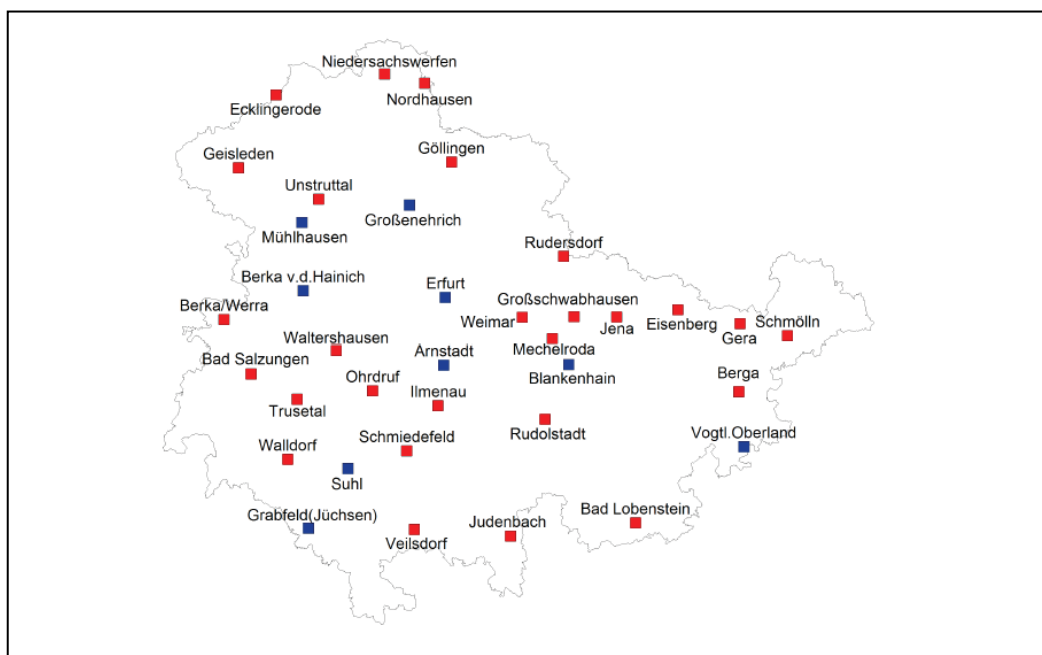


Tabelle 1 Anzahl der Teilnehmenden im Landesmodul Thüringen

	Gesamt	Mädchen	Jungen
Altersgruppe			
0 bis 6	1822	880	942
7 bis 10	1142	554	588
11 bis 17	1920	948	972
Gesamt	4884	2382	2502

Um die Teilnehmerzahl zu realisieren, wurden in den 27 zusätzlichen Untersuchungsorten weitere 9314 Familien schriftlich eingeladen, an der Befragung teilzunehmen. Die Zahl der qualitätsneutralen Ausfälle (z. B. bei ungültiger Adresse, bei einem Wohnortwechsel oder bei einem Umzug ins Ausland) betrug 176, sodass die bereinigte Bruttostichprobe 9138 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahre umfasste. Die Teilnahmebereitschaft der eingeladenen Probanden ist positiv zu bewerten: die Response lag bei den 0- bis 17-Jährigen bei 46%; erfreulicherweise betrug die Teilnahmebereitschaft in allen drei Altersklassen über 40% (Tab. 2).

Tabelle 2 Übersicht mit Kennzahlen zur Teilnehmenden-Gewinnung in den 27 zusätzlichen Thüringer Befragungsorten

	Eingeladene Probanden	Qualitätsneutrale Ausfälle	Bruttostichprobe bereinigt	Response
Altersgruppe				
0 bis 6	3588	77	3511	44%
7 bis 10	2117	38	2079	48%
11 bis 17	3609	61	3548	46%
Gesamt	9314	176	9138	46%

Zur Datenerhebung wurden in KiGGS Welle 1 standardisierte Telefoninterviews mit den Eltern der 0- bis 17-Jährigen und zusätzlich mit den Jugendlichen ab dem Alter von 11 Jahren selbst geführt. Das Spektrum der Themen, zu denen im Rahmen der Kernstudie und im Landesmodul Thüringen Informationen erhoben wurden, ist sehr vielseitig. Es umfasst Fragen zur gesundheitlichen Lage, Lebensqualität, Unfallverletzungen und Schmerzen, zur psychischen Gesundheit, Risiko- und Schutzfaktoren sowie zum Gesundheitsverhalten, zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und zu den allgemeinen Lebensbedingungen.

3 Ergebnisse: Faktenblätter

Unter Berücksichtigung des gesamten KiGGS-Fragebogens wurden 26 Themen zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Thüringen festgelegt. Die folgenden Analysen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur in Thüringen (Stand 31.12.2010) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Gemeindetyp und Bildung des Haushaltsvorstandes korrigiert. Die Befunde zu den ausgewählten Themen werden übersichtlich, prägnant und untereinander vergleichbar dargestellt. Für die Ergebnisdarstellung wird auf

das im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am RKI entwickelte Format der Faktenblätter zurückgegriffen. Jedes Faktenblatt besitzt eine Länge von etwa drei Seiten und weist die Gliederungspunkte „Einleitung“, „Indikator“, „Ergebnisdarstellung“, „Kernaussagen“ und „Einordnung der Ergebnisse“ auf. Die Faktenblätter sind so konzipiert, dass sie jeweils für sich stehen und alleine gelesen werden können. Im Folgenden wird erläutert, welche Informationen in den einzelnen Unterabschnitten zu finden sind.

Einleitung:

In der Einleitung wird in Bezug auf jeden Gesundheitsindikator die Public-Health-Relevanz dargestellt. Auf diese Weise wird begründet, weshalb der jeweilige Indikator im Rahmen von KiGGS Welle 1 erhoben wurde und für den Ergebnisbericht von Bedeutung ist.

Indikator:

Im Rahmen der Indikatorbeschreibung wird der jeweilige Gesundheitsindikator detailliert dargestellt. Wichtige Fragestellungen, die in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden, sind z. B.: Wie ist der Indikator erhoben und operationalisiert worden? Welche Fragestellung bzw. welche Fragestellungen liegen dem Indikator zugrunde? Wie wird die ausgewiesene Kennziffer berechnet?

Ergebnisdarstellung:

Die gewonnenen Ergebnisse zu den einzelnen Themenschwerpunkten werden in den Tabellen und Abbildungen ausgewiesen. In den Tabellen werden die Häufigkeitsverteilungen (Prävalenzen) des jeweiligen Gesundheitsindikators mit den dazugehörigen 95%-Konfidenzintervallen (siehe Infobox) für beide Geschlechter insgesamt sowie für Mädchen und Jungen getrennt dargestellt. Da das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen in jungen Jahren stark altersabhängig ist, stellt das Alter neben dem Geschlecht des Kindes ein weiteres Stratifizierungsmerkmal dar. Grundsätzlich wurden fünf Altersgruppen gebildet: 0 bis 2 Jahre, 3 bis 6 Jahre, 7 bis 10 Jahre, 11 bis 13 Jahre und 14 bis 17 Jahre. Weil aber nicht jeder Indikator für die Altersspanne von 0 bis 17 Jahren erhoben wurde, variieren die ausgewiesenen Altersgruppen in Abhängigkeit vom betrachteten Gesundheitsaspekt. Da das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen im Kindes- und Jugendalter ebenfalls im Zusammenhang mit dem Sozialstatus der Herkunftsfamilie steht, werden die Häufigkeiten (Prävalenzen) auch dementsprechend differenziert dargestellt. In KiGGS Welle 1 wurde der Sozialstatus der Herkunftsfamilie anhand eines mehrdimensionalen Indexes bestimmt, in den Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, ihrer beruflichen Stellung und zu ihrem Haushaltsnettoeinkommen (bedarfsgewichtet) eingehen und eine Einteilung in niedrige, mittlere und hohe Statusgruppe erlaubt (Tab. 3) (Lampert et al. 2014). Ein weiteres Stratifizierungsmerkmal ist das Lebensumfeld der Familie,

das durch den jeweiligen Wohnort geprägt wird. Für die gesundheitliche Entwicklung kann es unter Umständen von Bedeutung sein, ob Kinder auf dem Land oder in der Stadt aufwachsen. In den Tabellen werden zwei Gruppen unterschieden: Kinder und Jugendliche, die in Dörfern und Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohnern leben (Land), und jene, die in Städten mit mehr als 5000 Einwohnern wohnen (Stadt) (Tab. 4). Die Ergebnisse nach Sozialstatus und Wohnort, die gleichzeitig nach Geschlecht differenziert sind, werden immer für die im Rahmen des Faktenblatts betrachtete Altersgruppe ausgewiesen.

Infobox

Die *Prävalenz* ist eine Kennzahl zur Beschreibung der Häufigkeit eines Gesundheitsproblems in einer Gruppe. Beispiele hierfür sind die Lebenszeitprävalenz, die 12-Monats-Prävalenz oder die 30-Tage-Prävalenz (das Auftreten des Gesundheitsproblems in der bis zum Erhebungszeitpunkt verstrichenen Lebenszeit, in den letzten 12 Monaten oder den letzten 30 Tagen). Die Darstellung der Prävalenzen wird durch die jeweiligen *Konfidenzintervalle* ergänzt. Dieses auch als Vertrauensintervall bezeichnete Maß gibt Aufschluss über die Präzision der in den Tabellen dargestellten Prävalenzen. Nach einer zuvor festgelegten Wahrscheinlichkeit geben die jeweiligen Unter- und Obergrenzen des Konfidenzintervalls an, in welchem Bereich der wahre Häufigkeitswert liegt. Für die Faktenblätter wurde diese Wahrscheinlichkeit auf 95% festgelegt. Insofern beschreibt das Konfidenzintervall für den entsprechenden Häufigkeitswert (als Schätzwert aus der Stichprobe) die untere und obere Grenze des Bereichs, in dem mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit der jeweils wahre Häufigkeitswert liegt. Die Breite dieses Intervalls hängt dabei vom Umfang der jeweiligen Fallzahl (Stichprobengröße) ab. Je mehr Fälle für die Schätzung der Prävalenzen zugrunde liegen, desto kleiner wird das Intervall bzw. desto genauer wird der angegebene Schätzwert. Anhand der Konfidenzintervalle zweier Schätzwerte lässt sich erkennen, ob sich zwei Gruppen hinsichtlich eines Indikators signifikant unterscheiden.

Tabelle 3 Verteilung der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Thüringen nach Sozialstatus (in %)

	Niedriger Sozialstatus	Mittlerer Sozialstatus	Hoher Sozialstatus
Gesamt	19,6	66,8	13,6
Mädchen	20,1	65,9	14,0
Jungen	19,1	67,7	13,2

Tabelle 4 Verteilung der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Thüringen nach Wohnort (in %)

	Stadt	Land
Gesamt	48,6	51,4
Mädchen	49,6	50,4
Jungen	47,6	52,4

Kernaussagen:

Die zentralen Ergebnisse werden in kurzer Form als Kernaussagen formuliert. Leitend und strukturierend für diesen Abschnitt sind die Fragen: Gibt es einen Unterschied zwischen Mädchen und Jungen hinsichtlich des ausgewählten Gesundheitsindikators? Unterscheiden sich die Altersgruppen voneinander? Lassen sich Unterschiede nach dem Sozialstatus der Herkunftsfamilie festmachen? Existieren Unterschiede nach dem Wohnort der Kinder (Stadt/Land)?

Einordnung der Ergebnisse:

Jedes Faktenblatt schließt mit einer Einordnung der Ergebnisse ab. Dabei werden die Befunde aus KiGGS Welle 1 für Thüringen mit den Ergebnissen für Deutschland insgesamt sowie mit denen anderer verfügbarer Studien verglichen. Darüber hinaus werden bei Bedarf Möglichkeiten und Grenzen bezüglich der Aussagekraft der jeweiligen Gesundheitsindikatoren aufgezeigt. An geeigneter Stelle wird vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse auf Ansatzpunkte für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung hingewiesen.

Literatur

- Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 547–556
- Lampert T, Müters S, Stolzenberg H et al. (2014) Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 762–770
- Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 747–761

3.1 Subjektive Gesundheit

Einleitung

Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands ist ein fester Bestandteil der meisten Gesundheitssurveys (Lange et al. 2007). Sie umfasst neben der körperlichen Gesundheit auch Aspekte des psychischen und sozialen Wohlbefindens sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Erhart et al. 2009). Ein guter allgemeiner Gesundheitszustand gilt als wertvolle Ressource, um die zahlreichen Entwicklungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters erfolgreich zu bewältigen (Currie et al. 2012). Aus der Literatur sind Zusammenhänge zwischen der subjektiven Gesundheit sowie dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bekannt (Vingilis et al. 2007; Foti, Eaton 2010).

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurde die Einschätzung der Eltern zum allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder sowie die Selbsteinschätzung von den 11- bis 17-jährigen Jugendlichen erhoben (Lampert et al. 2014). Entsprechend einer von der WHO empfohlenen Formulierung (de Bruin et al. 1996) wurde gefragt: „Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?“ bzw. „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“. Die Antwortskala war fünfstufig angelegt: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“. Im Folgenden werden die Angaben der Eltern herangezogen, da diese für die gesamte Altersspanne von 3 bis 17 Jahren zur Verfügung stehen.

In der Abbildung wird der Anteil der Mädchen und Jungen in verschiedenen Altersgruppen dargestellt, deren Gesundheit von ihren Eltern als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht eingestuft wird. Die Tabellen geben die Häufigkeitsverteilungen auf Basis der fünf ursprünglichen Antwortkategorien wieder. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ Mit 93,8% weist die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Thüringen laut Elternbericht einen „sehr guten“ oder „guten“ allgemeinen Gesundheitszustand auf.
- ▶ Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer „mittelmäßigen“ bis „sehr schlechten“ Gesundheit liegt bei 6,2%; insgesamt haben weniger als 1% der Kinder und Jugendlichen einen „schlechten“ oder „sehr schlechten“ Gesundheitszustand.
- ▶ Statistisch signifikante Alters- und Geschlechtsunterschiede im allgemeinen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen treten nicht zutage.
- ▶ Mädchen der niedrigen Statusgruppe weisen signifikant häufiger eine „mittelmäßige“ bis „sehr schlechte“ Gesundheit auf als Mädchen der hohen Statusgruppe (8,8% vs. 2,7%). Dies ist ebenso für Jungen festzustellen (11,5% vs. 3,5%).
- ▶ Es zeigen sich keine Zusammenhänge zwischen dem Wohnort und der Einschätzung eines „mittelmäßigen“ bis „sehr schlechten“ Gesundheitszustands.

Einordnung der Ergebnisse

Die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Thüringen gesund aufwächst. 93,8% der Eltern geben einen „guten“ oder „sehr guten“ allgemeinen Gesundheitszustand für ihre Kinder an; lediglich 6,2% von ihnen sind laut Elternbericht bei „mittelmäßiger“ bis „sehr schlechter“ Gesundheit. Ein ähnliches Ergebnis konnte auf Basis der Daten aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt ermittelt werden (93,6% und 6,4%) (Lampert et al. 2014; RKI 2014). Darüber hinaus zeigt sich einheitlich für Thüringen und Deutschland insgesamt, dass in der elterlichen Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen (Lampert et al. 2014; RKI 2014). Während in Deutschland insgesamt der Anteil der Mädchen und Jungen mit einer „mittelmäßigen“ bis „sehr schlechten“ Gesundheit im Altersgang tendenziell zunimmt, sind die Altersunterschiede in Thüringen eher schwach ausgeprägt. Das Ergebnis, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus häufiger eine „mittelmäßige“ bis „sehr schlechte“ allgemeine Gesundheit aufweisen als diejenigen der hohen Statusgruppe, spiegelt sich sowohl in den Daten für Deutschland insgesamt als auch in Thüringen wider (Lampert et al. 2014; RKI 2014).

Literatur

- Currie C, Zanotti C, Morgan A et al. (Hrsg) (2012) Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No 6. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- de Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A (Hrsg) (1996) Health interview surveys: towards

harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications. European Series No. 58. WHO, Copenhagen

- Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer U (2009) Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 335–352
- Foti K, Eaton D (2010) Associations of selected health risk behaviors with self-rated health status among U.S. high school students. Public Health Rep 125 (5): 771–781
- Lampert T, Müters S, Stolzenberg H et al. (2014) Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 762–770
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, BZgA, Berlin, Köln
- Vingilis E, Wade T, Seeley J (2007) Predictors of adolescent health care utilization. J Adolesc 30 (5): 773–800

Abbildung 1 Anteil der Mädchen und Jungen, deren allgemeiner Gesundheitszustand von ihren Eltern als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ beurteilt wird

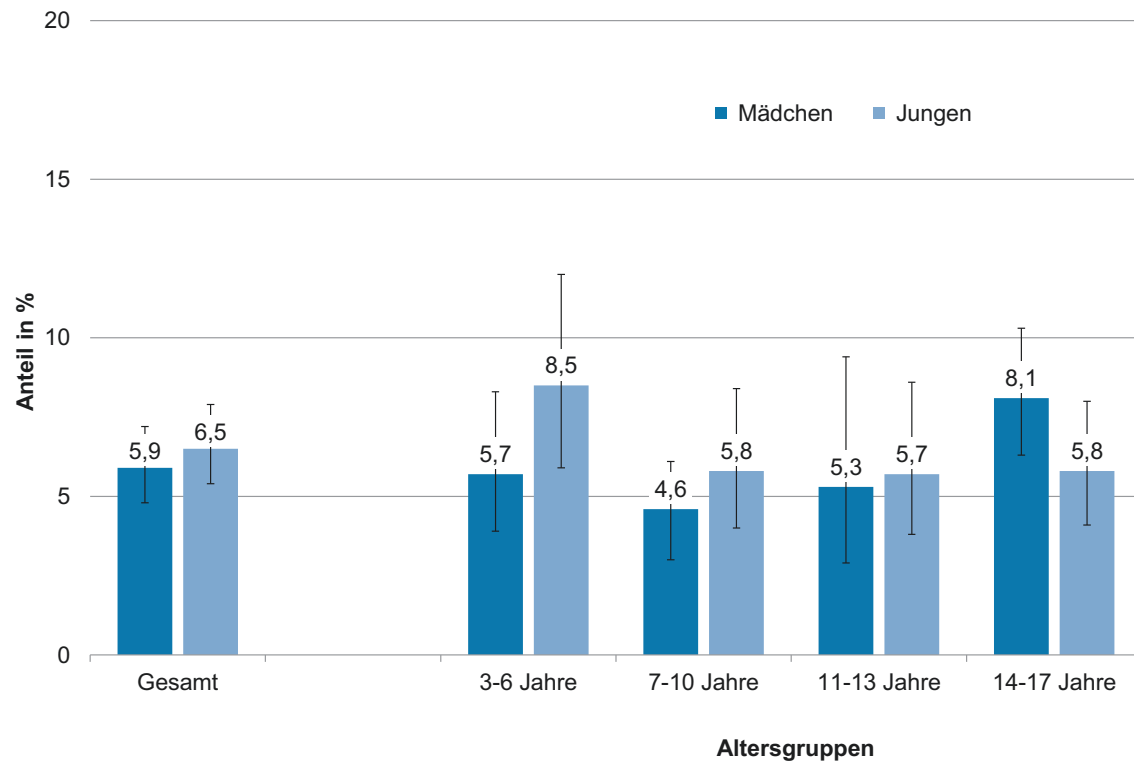


Tabelle 1 Elterliche Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands von 3- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Sehr gut		Gut		Mittelmäßig		Schlecht		Sehr schlecht	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	55,4	(52,9-57,8)	38,8	(36,4-41,2)	5,4	(4,4-6,6)	0,4	(0,2-1,0)	0,1	(0,0-0,5)
<i>Alter</i>										
3-6 Jahre	56,8	(51,8-61,7)	37,5	(33,0-42,3)	5,0	(3,3-7,5)	0,7	(0,2-3,2)	-	-
7-10 Jahre	58,9	(53,5-64,2)	36,4	(31,8-41,4)	4,1	(2,5-6,7)	0,5	(0,2-1,6)	-	-
11-13 Jahre	59,2	(54,0-64,3)	35,5	(29,9-41,5)	5,3	(2,9-9,4)	-	-	-	-
14-17 Jahre	45,7	(40,9-50,6)	46,2	(41,7-50,8)	7,6	(5,8-9,8)	0,3	(0,1-1,1)	0,3	(0,0-2,0)
<i>Sozialstatus</i>										
Niedrig	46,1	(38,8-54,1)	45,1	(38,0-52,3)	7,8	(5,2-11,6)	0,7	(0,1-5,6)	0,3	(0,0-2,2)
Mittel	56,3	(53,3-59,2)	38,1	(35,4-40,9)	5,2	(4,0-6,8)	0,3	(0,1-0,8)	-	-
Hoch	64,5	(60,7-68,2)	32,7	(29,0-36,7)	2,4	(1,2-4,7)	0,4	(0,0-2,7)	-	-
<i>Wohnort</i>										
Land	54,8	(51,6-58,0)	40,2	(37,6-42,9)	4,7	(3,5-6,4)	0,3	(0,1-0,7)	-	-
Stadt	56,0	(52,3-59,6)	37,2	(33,5-41,1)	6,1	(4,8-7,7)	0,6	(0,2-1,8)	0,1	(0,0-0,8)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	53,1	(50,7-55,5)	40,7	(38,5-42,8)	5,8	(5,0-6,7)	0,4	(0,2-0,6)	0,1	(0,0-0,2)

Tabelle 2 Elterliche Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands von 3- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Sehr gut		Gut		Mittelmäßig		Schlecht		Sehr schlecht	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	51,0	(47,9-54,1)	42,5	(39,7-45,2)	6,1	(5,0-7,5)	0,3	(0,2-0,7)	0,0	(0,0-0,3)
<i>Alter</i>										
3-6 Jahre	51,1	(45,4-56,7)	40,5	(36,2-45,0)	8,3	(5,8-11,8)	0,1	(0,0-1,0)	-	-
7-10 Jahre	56,7	(53,0-60,3)	37,5	(34,1-41,1)	5,5	(3,7-8,0)	0,3	(0,1-1,4)	-	-
11-13 Jahre	49,3	(43,0-55,7)	44,9	(38,8-51,2)	5,6	(3,6-8,4)	0,2	(0,0-1,5)	-	-
14-17 Jahre	45,3	(40,3-50,4)	48,9	(44,1-53,8)	4,8	(3,2-7,1)	0,8	(0,3-2,1)	0,2	(0,0-1,5)
<i>Sozialstatus</i>										
Niedrig	38,0	(29,4-47,4)	50,6	(41,3-59,8)	10,6	(7,3-15,3)	0,6	(0,1-2,3)	0,2	(0,0-1,9)
Mittel	52,3	(49,3-55,2)	42,0	(39,1-45,0)	5,5	(4,3-7,1)	0,2	(0,1-0,6)	-	-
Hoch	63,1	(56,9-68,9)	33,4	(27,7-39,6)	2,6	(1,4-4,8)	0,9	(0,3-2,7)	-	-
<i>Wohnort</i>										
Land	54,8	(51,6-58,0)	40,2	(37,6-42,9)	4,7	(3,5-6,4)	0,3	(0,1-0,7)	-	-
Stadt	56,0	(52,3-59,6)	37,2	(33,5-41,1)	6,1	(4,8-7,7)	0,6	(0,2-1,8)	0,1	(0,0-0,8)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	53,1	(50,7-55,5)	40,7	(38,5-42,8)	5,8	(5,0-6,7)	0,4	(0,2-0,6)	0,1	(0,0-0,2)

3.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Einleitung

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und die Funktionsfähigkeit erfasst (Ware 2003). Mit Blick auf das Kindes- und Jugendalter sind ebenfalls die Dimensionen Selbstwert, die Beziehung zu Eltern und Freunden und das schulische Wohlbefinden von Relevanz (Rajmil et al. 2004). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität spiegelt das Wohlbefinden aus subjektiver Sicht wider und trägt zur Identifikation von Bevölkerungsgruppen bei, die ein höheres Risiko für gesundheitliche Probleme aufweisen (Ravens-Sieberer et al. 2001). Darüber hinaus liefern Studien Hinweise darauf, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität in Kindheit und Jugend das Wohlbefinden im Erwachsenenalter beeinflusst (Bisegger et al. 2005).

Indikator

Im Rahmen von KiGGS Welle 1 wurde zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der KIDSCREEN-10-Fragebogen eingesetzt (Erhart et al. 2009; Ravens-Sieberer et al. 2010). Dieser stellt einen globalen Lebensqualitätsscore dar, der Angaben zum körperlichen und psychischen Wohlbefinden, zu den Beziehungen zu Eltern und Freunden und zum schulischen Wohlbefinden macht. Er besteht aus 10 Einzelfragen, die eine Woche rückblickend das Wohlbefinden in den 5 genannten Dimensionen erfassen. Die Antwortkategorien geben dabei die Häufigkeit bzw. die Intensität an. Die Angaben zu den jeweiligen Antworten wurden aufsummiert und in T-Werte (Mittelwerte der KIDSCREEN-T-Scores) umgerechnet, wobei

höhere Werte auf eine höhere Lebensqualität hindeuten. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde in KiGGS Welle 1 bei 7- bis 10-jährigen Kindern durch die Eltern erfasst, 11- bis 17-jährige Jugendliche haben die Fragen selbst beantwortet (Ellert et al. 2014). Im Folgenden wird auf die Selbstangaben der Jugendlichen zurückgegriffen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei 11- bis 17-Jährigen in Thüringen dargestellt.

In den Tabellen sind die Mittelwerte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stratifiziert nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) dargestellt.

Kernaussagen

- ▶ In Thüringen beträgt der Mittelwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen 54,2.
- ▶ Mädchen schätzen im Vergleich zu Jungen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant niedriger ein (53,3 vs. 55,1).
- ▶ Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren weisen eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als Jugendliche im Alter von 11 bis 13 Jahren; signifikant ist dieser Unterschied allerdings nur bei Mädchen (51,2 vs. 55,6).
- ▶ Jungen mit niedrigem Sozialstatus schätzen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant niedriger ein als Jungen mit mittlerem oder hohem Sozialstatus (53,0 vs. 55,8); bei Mädchen treten keine bedeutsamen Unterschiede nach sozialem Status auf.
- ▶ Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von in der Stadt oder auf dem Land lebenden Jugendlichen unterscheidet sich nicht.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen liegt der Mittelwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei 11- bis 17-Jährigen bei 54,2. In Deutschland insgesamt liegt dieser Wert in der gleichen Altersgruppe mit 53,1 (Ellert et al. 2014) signifikant niedriger. In Bezug auf Alters- und Geschlechtsunterschiede weisen die Ergebnisse für Thüringen darauf hin, dass ältere Jugendliche und Mädchen eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität haben als jüngere Jugendliche und Jungen. Dieser Befund steht im Einklang mit den Ergebnissen aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt sowie mit denen anderer Studien (Ravens-Sieberer et al. 2007, 2012; Ellert et al. 2014). Aus der Literatur ist bekannt, dass ein niedriger sozialer Status ein Risikofaktor für eine verminderte gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ist (Ravens-Sieberer et al. 2007; 2013). Anhand der Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 für Thüringen lässt sich dies nur für Mädchen bestätigen; in Deutschland insgesamt spiegeln die Daten aus KiGGS Welle 1 keine Statusunterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen wider (Ellert et al. 2014).

Literatur

- Erhart M, Ottova V, Gaspar T et al (2009) Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *Int J Public Health* 54 (Suppl 2): 160–166
- Rajmil L, Herdman M, Fernandez de Sanmamed MJ et al (2004) Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. *J Adolesc Health* 34: 37–45
- Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T et al (2001) Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial Präventivmed* 46 :294–302
- Ravens-Sieberer U, Ellert U, Erhart M (2007) Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 810–818
- Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L et al (2010) Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of life research* 19: 1487–1500
- Ravens-Sieberer U, Ottova V, Hillebrandt D, Klasen F, Deutschland HB-T (2012) Health-related quality of life and mental health of children and adolescents in Germany: results from the German HBSC Study 2006 – 2010. *Gesundheitswesen* 74 (Suppl): 33–41
- Ware JE Jr (2003) Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Arch Phys Med Rehabil* 84: 43–51

Tabelle 1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei 11- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	KIDSCREEN-10-Index	
	MW	(95%-KI)
Mädchen	53,3	(52,48-54,12)
<i>Alter</i>		
11-13 Jahre	55,6	(54,41-56,81)
14-17 Jahre	51,2	(50,15-52,21)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	53,7	(51,48-55,84)
Mittel	53,0	(52,25-53,70)
Hoch	54,4	(52,90-55,93)
<i>Wohnort</i>		
Land	53,7	(52,99-54,31)
Stadt	53,0	(51,39-54,40)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	54,2	(53,76-54,72)

Tabelle 2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei 11- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	KIDSCREEN-10-Index	
	MW	(95%-KI)
Jungen	55,1	(54,57-55,71)
<i>Alter</i>		
11-13 Jahre	56,0	(54,96-56,90)
14-17 Jahre	54,4	(53,84-54,99)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	53,0	(51,16-54,76)
Mittel	55,8	(55,06-56,48)
Hoch	55,8	(54,77-56,78)
<i>Wohnort</i>		
Land	55,5	(54,63-56,30)
Stadt	54,9	(54,11-55,59)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	54,2	(53,76-54,72)

3.3 Chronisches Kranksein

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat sich das Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter deutlich verschoben. Neben akuten Erkrankungen spielen chronische Krankheiten eine zunehmend größere Rolle (American Academy of Pediatrics 1993; Kamtsiuris et al. 2007). Chronische Erkrankungen bedürfen zumeist einer regelmäßigen gesundheitlichen Versorgung und gehen mit einer Vielzahl allgemeiner und krankheitsspezifischer Belastungen einher, die mit besonderen psychosozialen Anforderungen für die Betroffenen und ihre Familien verbunden sind. Darüber hinaus können die Erkrankungen bzw. ihre Folgen auch im Erwachsenenalter von Bedeutung sein (Kuh, Ben-Shlomo 1997). Ferner verursachen sie erhebliche volkswirtschaftliche Kosten, die u.a. auf die starke Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems zurückzuführen sind.

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurde die Verbreitung von chronischen Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren erfasst. Die Eltern der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen wurden gefragt, ob ihr Kind eine oder mehrere lang andauernde chronische Krankheiten oder Gesundheitsprobleme hat (Antwortkategorien: „ja“, „nein“) (Neuhauser et al. 2014).

In den Tabellen wird der Anteil der Kinder und Jugendlichen in Thüringen berichtet, die den Angaben ihrer Eltern zufolge chronisch krank sind oder ein lang andauerndes Gesundheits-

problem aufweisen. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ Nach Angaben der Eltern haben 20,4% der Kinder und Jugendlichen in Thüringen eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes Gesundheitsproblem.
- ▶ Jungen sind tendenziell häufiger betroffen als Mädchen (21,7% vs. 18,9%); die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.
- ▶ Die Prävalenz chronischen Krankseins nimmt in den höheren Altersgruppen zu.
- ▶ Bei der Verbreitung von chronischen Erkrankungen oder lang andauernden Gesundheitsbeschwerden bestehen keine bedeutsamen Unterschiede nach Sozialstatus oder Wohnort.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen ist laut Elternbericht mit 20,4% in etwa jedes fünfte Kind im Alter von 0 bis 17 Jahren von einer chronischen Krankheit oder einem lang andauernden Gesundheitsproblem betroffen. In Deutschland insgesamt liegt der entsprechende Anteil mit 16,2% signifikant niedriger. Dieser Unterschied zeichnet sich sowohl bei Mädchen (18,9% vs. 14,3%) als auch bei Jungen (21,7% vs. 17,9%) ab. Jungen sind nach Einschätzung ihrer Eltern sowohl in Thüringen als auch in Deutschland insgesamt häufiger chronisch krank oder von einem lang andauernden Gesundheitsproblem betroffen als Mädchen. Zudem nimmt in Thüringen wie

auch in Deutschland insgesamt die Häufigkeit chronischen Krankseins bei beiden Geschlechtern mit dem Altersgang kontinuierlich zu und erreicht in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen ihren Gipfel. Diese Ergebnisse decken sich auch mit nationalen wie internationalen Studien (Michaud et al. 2007; Richter et al. 2007; Bettge et al. 2008). Bei der Bewertung der Prävalenzen ist zu beachten, dass der herangezogene Indikator auf der subjektivenelterneinschätzung beruht und neben schwerwiegenden chronischen Krankheiten (wie z. B. Diabetes mellitus Typ 1 und Herzerkrankungen) auch Krankheiten mit mildereren Verlaufsformen und andere lang andauernde Gesundheitsprobleme einbezogen werden (wie z. B. Allergien und Asthma). Hierfür spricht auch der Befund aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt, demzufolge nur etwa ein Fünftel der „chronisch kranken“ Kinder und Jugendlichen aufgrund ihres Gesundheitszustands daran gehindert war, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können (Neuhauser et al. 2014).

Literatur

- American Academy of Pediatrics (1993) Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Psychosocial Risks of Chronic Health Conditions in Childhood and Adolescence. *Pediatrics* 92 (6): 876–878
- Bettge S, Nickel J, Schulz M et al. (2008) Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Studie 2006, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin www.berlin.de (Stand: 01.10.2014)
- Kamtsiuris P, Atzpodien K, Ellert U et al. (2007) Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugend-surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 686–700
- Kuh D, Ben-Shlomo Y (Hrsg) (1997) A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford University Press, Oxford New York Tokyo
- Michaud PA, Suris C, Viner R (2007) The Adolescent with a Chronic Condition. Epidemiology, developmental issues and health care provision. Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, Switzerland http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595704_eng.pdf (Stand: 09.10.14)
- Neuhauser H, Poethko-Müller C, KiGGS Study Group (2014) Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 57 (7): 779–788
- Richter M, Ottova V, Hurrelmann K (2007) Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern in Nordrhein-Westfalen. Erste Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) Studie 2005/06 für Nordrhein-Westfalen, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld <http://www.bug-nrw.de> (Stand: 01.10.2014)

Tabelle 1 Anteil der 0- bis 17-jährigen Mädchen, die ihren Eltern zufolge von einer chronischen Krankheit oder einem lang andauernden Gesundheitsproblem betroffen sind, nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Prävalenz	
	%	(95%-KI)
Mädchen	18,9	(17,0-21,0)
<i>Alter</i>		
0-2 Jahre	12,5	(8,9-17,3)
3-6 Jahre	16,4	(13,0-20,3)
7-10 Jahre	18,0	(13,7-23,3)
11-13 Jahre	20,9	(16,6-26,0)
14-17 Jahre	27,5	(23,8-31,6)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	21,4	(16,7-26,9)
Mittel	18,3	(16,2-20,6)
Hoch	18,5	(15,4-22,1)
<i>Wohnort</i>		
Land	19,2	(16,7-21,9)
Stadt	18,7	(16,0-21,9)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	20,4	(18,8-22,0)

Tabelle 2 Anteil der 0- bis 17-jährigen Jungen, die ihren Eltern zufolge von einer chronischen Krankheit oder einem lang andauernden Gesundheitsproblem betroffen sind, nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Prävalenz	
	%	(95%-KI)
Jungen	21,7	(19,4-24,2)
<i>Alter</i>		
0-2 Jahre	14,7	(10,0-21,2)
3-6 Jahre	18,6	(14,9-23,0)
7-10 Jahre	21,8	(18,8-25,2)
11-13 Jahre	25,7	(21,0-31,0)
14-17 Jahre	28,1	(24,3-32,4)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	23,3	(18,1-29,4)
Mittel	21,7	(19,0-24,5)
Hoch	19,7	(16,2-23,8)
<i>Wohnort</i>		
Land	20,5	(17,3-24,1)
Stadt	22,8	(19,9-26,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	20,4	(18,8-22,0)

3.4 Kopfschmerz

Einleitung

Im Kindes- und Jugendalter ist Kopfschmerz die häufigste funktionelle chronische Schmerzerkrankung (King et al. 2011). Kopfschmerz geht in vielen Fällen mit anderen Schmerzsyndromen einher, weshalb Kinder und Jugendliche häufiger von multiplen Schmerzbeschwerden berichten als von Kopfschmerz alleine (Du et al. 2010; Kröner-Herwig et al. 2011). Daneben werden im Zusammenhang mit Kopfschmerz in jungen Jahren psychische Auffälligkeiten diskutiert. Dies trifft vor allem auf internalisierende Symptome zu, wie z. B. Ängstlichkeit und Depressivität (Kröner-Herwig et al. 2013). Ferner weisen eine Reihe von Querschnittstudien auf einen Zusammenhang zwischen Kopfschmerz und allgemeinen Stressfaktoren und Merkmalen der sozialen Umwelt (wie z. B. im familiären und schulischen Bereich) hin (Paschier, Orlebeke 1985; Ghandour et al. 2004). Eine Reihe von internationalen Studien liefert Hinweise darauf, dass die Prävalenz wiederkehrender Schmerzen, darunter ebenfalls von Kopfschmerzen, in den vergangenen Jahrzehnten im Kindes- und Jugendalter zugenommen hat (Sillanpää 1976; Sillanpää, Anttila 1996; Luntamo et al. 2012).

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurden Kopfschmerzen bei Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren von den Eltern sowie von Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren selbst erfasst. Dabei wurde gefragt: „Hatte Ihr Kind/hattest du in den letzten 3 Monaten Kopfschmerzen?“. Die Antwortkategorien lauteten: „ja, einmalig“, „ja, wiederholt“ und „nein“. Für die Analysen wurden die

Antwortkategorien dichotomisiert in „ja, einmalig/ja, wiederholt“ vs. „nein“.

Die Tabellen zeigen, wie sich das Auftreten von Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen in den letzten drei Monaten (3-Monats-Prävalenz) nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) verteilt.

Kernaussagen

- In Thüringen litten 44,6% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in den letzten drei Monaten unter Kopfschmerzen.
- Mädchen sind signifikant häufiger von Kopfschmerzen betroffen als Jungen (49,1% vs. 40,4%).
- Die Kopfschmerzprävalenz nimmt bei Mädchen sowie Jungen über die Altersgruppen deutlich zu; die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind signifikant.
- Die Ergebnisse stratifiziert nach Sozialstatus und Wohnort lassen keine bedeutsamen Unterschiede in der Kopfschmerzprävalenz erkennen.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen hatte laut KiGGS Welle 1 etwas weniger als die Hälfte der 3- bis 17-Jährigen in den letzten drei Monaten vor der Befragung Kopfschmerzen. Im Bundesdurchschnitt liegt dieser Anteil unter Gleichaltrigen tendenziell etwas höher (44,6% vs. 48,1%). Prävalenzschätzungen zu Kopfschmerz erweisen sich anhand der verfügbaren Literatur als hetero-

gen (King et al. 2011). So liefert eine Übersichtarbeit eine Spannweite von 26% bis 69% für die 3-Monats-Prävalenz von Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Gründe hierfür sind z. B. das Heranziehen unterschiedlicher Datenquellen (Eltern vs. Kind), Altersgruppen und Erhebungsmethoden (King et al. 2011). Der Befund, dass Mädchen häufiger von Kopfschmerz betroffen sind als Jungen und der Anteil derjenigen, die in den letzten drei Monaten Kopfschmerzen hatten, mit dem Alter zunimmt, steht im Einklang mit den Ergebnissen aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt; auch andere epidemiologische Studien weisen auf einen Geschlechtsunterschied in der Kopfschmerzprävalenz zuungunsten von Mädchen hin (Kröner-Herwig et al. 2007; King et al. 2011). Die Ergebnisse für Thüringen verdeutlichen, dass ein bedeutender Teil der Mädchen und Jungen von Kopfschmerzen betroffen ist. Auch vor dem Hintergrund, dass Kopfschmerz in Kindheit und Jugend oft im Erwachsenenalter fortbesteht (Bille 1982), wird die Bedeutung von Maßnahmen hervorgehoben, wie z. B. von Entspannungstrainings und kognitiv-behavioralen Programmen, die zur Entlastung bei von Kopfschmerz betroffenen Kindern und Jugendlichen führen (Kröner-Herwig 2014).

Literatur

- Bille B (1982) Migraine in childhood. *Panminerva Med* 71: 57–62
- Du Y, Knopf H, Zhuang W et al. (2010) Pain perceived in a national community sample of German children and adolescents. *Eur J Pain* 15 (6): 649–657
- Ghandour RM, Overpeck MD, Huang ZJ, Kogan MD, Scheidt PC (2004) Headache, stomachache, backache, and morning fatigue among adolescent girls in the United States: associations with behavioral, sociodemographic, and environmental factors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 158: 797–803
- King S, Chambers CT, Huguette A et al. (2011) The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain* 152: 2729–2738
- Kröner-Herwig B, Heinrich M, Morris L (2007) Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. *Cephalalgia* 27: 519–527
- Kröner-Herwig B, Gaßmann J, van Gessel H et al. (2011) Multiple pains in children and adolescents: a risk factor analysis in a longitudinal study. *J Pediatr Psychol* 36: 420–432
- Kröner-Herwig B, Hechler T, Zernikov B (2013) Chronischer Schmerz. In: Lohaus A, Heinrich N (Hrsg) Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Beltz, Weinheim, S 174–186
- Kröner-Herwig B (2014) Kopfschmerz bei Kindern und Jugendlichen. Epidemiologie, biopsychosoziale Korrelate und psychologische Behandlung. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 840–848
- Luntamo T, Sourander A, Santalahti P et al. (2012) Prevalence changes of pain, sleep problems and fatigue among 8-year-old children: years 1989, 1999, and 2005. *J Pediatr Psychol* 57: 928–934
- Passchier J, Orlebeke JF (1985) Headache and stress in school children: an epidemiological study. *Cephalalgia* 5: 167–176
- Sillanpää M (1976) Prevalence of migraine and other headache in Finnish children starting school. *Headache* 15: 288–290
- Sillanpää M, Anttila P (1996) Increasing prevalence of headache in 7-year-old schoolchildren. *Headache* 36: 466–470

Tabelle 1 Anteil der 3- bis 17-jährigen Mädchen mit Kopfschmerzen in den letzten drei Monaten nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	3-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)
Mädchen	49,1	(46,9-51,3)
<i>Alter</i>		
3-6 Jahre	27,8	(23,8-32,2)
7-10 Jahre	45,6	(40,8-50,4)
11-13 Jahre	55,7	(50,7-60,6)
14-17 Jahre	77,3	(73,0-81,1)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	48,9	(41,8-56,1)
Mittel	49,2	(46,2-52,3)
Hoch	48,5	(42,6-54,5)
<i>Wohnort</i>		
Land	49,1	(45,7-52,4)
Stadt	49,1	(46,4-51,9)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	44,6	(42,5-46,8)

Tabelle 2 Anteil der 3- bis 17-jährigen Jungen mit Kopfschmerzen in den letzten drei Monaten nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	3-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)
Jungen	40,4	(37,4-43,3)
<i>Alter</i>		
3-6 Jahre	15,8	(12,2-20,2)
7-10 Jahre	41,2	(36,4-46,1)
11-13 Jahre	52,5	(46,4-58,6)
14-17 Jahre	62,5	(57,2-67,5)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	43,8	(37,1-50,7)
Mittel	39,6	(35,9-43,5)
Hoch	38,8	(31,3-46,7)
<i>Wohnort</i>		
Land	38,5	(34,0-43,3)
Stadt	42,0	(38,5-45,5)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	44,6	(42,5-46,8)

3.5 Psychische Auffälligkeiten

Einleitung

Im Kindes- und Jugendalter ist in den letzten Jahrzehnten ein Wandel des Krankheitsspektrums zu beobachten, der als „neue Morbidität“ bezeichnet wird. Dieser Begriff beschreibt die Verschiebung von den akuten zu den chronischen Krankheiten sowie von den somatischen Erkrankungen und Beschwerden zu den psychischen Auffälligkeiten und Störungen (American Academy of Pediatrics 1993; Schlack 2004). Bei Kindern und Jugendlichen führen psychische Probleme häufig zu weitreichenden Beeinträchtigungen im familiären, schulischen und erweiterten sozialen Umfeld (Mattejat et al. 2003; Wille et al. 2008). Negative Auswirkungen können sich auch für die körperliche Gesundheit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die soziale Funktionsfähigkeit (z.B. im Bereich der Alltagsgestaltung oder im Umgang mit Gleichaltrigen) sowie für die schulische und berufliche Entwicklung ergeben (Nelson et al. 2004; Hölling et al. 2007; Prince et al. 2007). Hinzu kommt, dass psychische Auffälligkeiten und Störungen, die in jungen Jahren auftreten, häufig im Erwachsenenalter fortbestehen (Reef et al. 2011; Leadbeater et al. 2012). Der individuelle Leidensdruck und die sozialen Kosten verweisen auf die hohe Public-Health-Relevanz (Sobocki et al. 2006; Hölling et al. 2014).

Indikator

Zur Erhebung psychischer Auffälligkeiten wurde im Rahmen von KiGGS Welle 1 der international anerkannte Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) eingesetzt (Goodman 1997). Dieser besteht aus 25 Items, die sich auf fünf Subskalen beziehen, darunter die vier

Problemskalen „emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivitätsprobleme“ und „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ sowie die Stärkenskala „prosoziales Verhalten“. In KiGGS wurde die Elternversion für den Altersbereich 3 bis 17 Jahre sowie die Selbstbeurteilungsversion für den Altersbereich 11 bis 17 Jahre eingesetzt. Für alle fünf SDQ-Skalen kann ein Testwert gebildet und aus der Summe der vier Problemskalen ein Gesamtproblemwert ermittelt werden. Kinder und Jugendliche, die sich im Gesamtproblemwert anhand der Cut-off-Werte (festgelegter Grenzwert, der bezüglich eines Merkmals betroffene von nicht betroffenen Personen trennt) einer deutschen Normstichprobe (Worner et al. 2002) als grenzwertig auffällig oder auffällig klassifizieren lassen, werden als Risikogruppe zusammengefasst (Hölling et al. 2014).

Die Tabellen stellen laut Elternbericht die Häufigkeiten der so definierten Risikogruppe für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Thüringen dar. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- Ein Fünftel (20,6%) der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Thüringen kann der Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zugeordnet werden.
- Bei Jungen liegen signifikant häufiger Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vor als bei Mädchen (23,9% vs. 17,1%).
- Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten folgt einem sozialen Gradienten: Je niedri-

ger der soziale Status der Familie, desto größer ist der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten. Dies gilt für Mädchen und Jungen gleichermaßen.

- Mädchen und Jungen in der Stadt weisen häufiger Hinweise auf psychische Auffälligkeiten auf als Gleichaltrige auf dem Land; bei Jungen sind die Unterschiede statistisch signifikant (27,6% vs. 20,2%).

Einordnung der Ergebnisse

Mit dem eingesetzten SDQ können keine Aussagen zur Verbreitung manifester psychischer Störungen getroffen werden. Vielmehr nimmt der SDQ eine an Symptomen psychischer Auffälligkeiten orientierte Abgrenzung einer Risikogruppe für psychische Störungen vor und liefert damit Ansatzpunkte für Präventions- und Interventionsmaßnahmen (Hölling et al. 2014). Bei Orientierung an den Grenzwerten der deutschen Normstichprobe konnten 20,6% der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Thüringen einer solchen Risikogruppe für psychische Störungen zugeordnet werden. In Deutschland insgesamt wurde auf Basis von KiGGS Welle 1 mit 20,3% ein ähnliches Ergebnis erzielt (Hölling et al. 2014; RKI 2014). Direkte Vergleiche mit anderen Studien werden durch das Heranziehen unterschiedlicher Erhebungsinstrumente, Klassifikationsarten, Cut-off-Werte sowie Alterszuschnitte der Stichproben erschwert. Die Mehrheit der Studien zu psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter geben jedoch Prävalenzschätzungen zwischen 10% und 20% an (Petermann 2005). Das Ergebnis, dass bei Jungen häufiger Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vorliegen als bei Mädchen, wird durch die Ergebnisse für Deutschland insgesamt gestützt (Hölling et al. 2014; RKI 2014). Dass Heranwachsende mit niedrigem Sozialstatus ein höheres Risiko für psychische Auffälligkeiten haben als diejenigen mit hohem Sozialstatus, zeigt sich eben-

falls in Deutschland insgesamt (Hölling et al. 2014; RKI 2014). Angesichts des sozialen Gefälles in der Verbreitung psychischer Auffälligkeiten kommt zielgruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen große Bedeutung zu. Wichtig sind zudem Versorgungsstrukturen, die im Bedarfsfall eine effektive und zeitnahe Behandlung von Jungen und Mädchen mit psychischen Auffälligkeiten sicherstellen (Hölling et al. 2014; RKI 2014).

Literatur

- American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (1993) The Pediatrician and the "New Morbidity". *Pediatrics* 92 (5): 731–733
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38 (5): 581–586
- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 784–793
- Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003 – 2006 und 2009 – 2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 57 (7): 807–813
- Leadbeater B, Thompson K, Gruppuso V (2012) Co-occurring trajectories of symptoms of anxiety, depression, and oppositional defiance from adolescence to young adulthood. *J Clin Child Adolesc Psychol* 41 (6): 719–730
- Mattejat F, Simon B, König U et al. (2003) Lebensqualität bei psychisch kranken Kin-

- dern und Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 31 (4): 293–303
- Nelson JR, Benner GJ, Lane K et al. (2004) Academic achievement of K-12 students with emotional and behavioral problems. *Exceptional Children* 71 (1): 59–73
- Petermann F (2005) Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung* 14 (1): 48–57
- Prince M, Patel V, Saxena S et al. (2007) No health without mental health. *Lancet* 370 (9590): 859–877
- Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I et al. (2011) Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46 (12): 1233–1241
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Psychische Auffälligkeiten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. RKI, Berlin
- Schlack HG (2004) Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben für die Sozialpädiatrie. *Kinderärztliche Praxis* 75 (5): 292–299
- Sobocki P, Jonsson B, Angst J et al. (2006) Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ* 9 (2): 87–98
- Wille N, Bettge S, Wittchen HU et al. (2008) How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17 (Suppl. 1): 42–51
- Woerner W, Becker A, Friedrich C et al. (2002) Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 30 (2): 105–111

Tabelle 1 Anteil der 3- bis 17-jährigen Mädchen mit psychischen Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtproblemwert; Elterneinschätzung) nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	SDQ-Gesamtproblemwert	
	%	(95%-KI)
Mädchen	17,1	(14,6-19,8)
<i>Alter</i>		
3-6 Jahre	18,5	(14,4-22,8)
7-10 Jahre	17,8	(13,2-23,5)
11-13 Jahre	17,7	(14,3-21,8)
14-17 Jahre	13,8	(10,4-18,0)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	31,9	(23,7-41,4)
Mittel	14,7	(12,6-17,1)
Hoch	7,3	(5,2-10,1)
<i>Wohnort</i>		
Land	14,6	(12,2-17,4)
Stadt	19,7	(16,0-23,9)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	20,6	(18,5-22,8)

Tabelle 2 Anteil der 3- bis 17-jährigen Jungen mit psychischen Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtproblemwert; Elterneinschätzung) nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	SDQ-Gesamtproblemwert	
	%	(95%-KI)
Jungen	23,9	(21,1-26,9)
<i>Alter</i>		
3-6 Jahre	18,5	(14,9-22,8)
7-10 Jahre	27,6	(23,2-32,4)
11-13 Jahre	28,3	(23,0-34,3)
14-17 Jahre	22,2	(16,9-28,5)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	40,5	(33,9-47,5)
Mittel	21,3	(18,4-24,5)
Hoch	13,5	(10,5-17,1)
<i>Wohnort</i>		
Land	20,2	(17,2-23,1)
Stadt	27,6	(23,9-31,5)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	20,6	(18,5-22,8)

3.6 ADHS

Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist die bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten diagnostizierte Verhaltensstörung (Polanczyk et al. 2007). Leitsymptome der ADHS sind motorische Unruhe, Unaufmerksamkeit sowie Impulsivität, die häufig bereits im Vorschulalter, in verschiedenen Situationen wiederkehrend und in einem Ausmaß auftreten, das nicht mit dem altersstypischen Entwicklungsstand des Kindes vereinbar ist (BÄK 2005; Dilling et al. 2011; Schlack et al. 2014). Eine ADHS kann sich erheblich auf die kognitive, schulische und soziale Entwicklung Betroffener auswirken und stellt zudem das soziale Umfeld, allen voran die Familie, vor große Herausforderungen (Harpin 2005; Schlack et al. 2007). Darüber hinaus geht eine ADHS mit einem erhöhten Risiko für weitere psychische Störungen und Gesundheitsgefährdungen einher, was sich z. B. im Unfallgeschehen und dem Substanzkonsum widerspiegelt (Kahl et al. 2012; Molina et al. 2013). Es wird davon ausgegangen, dass eine ADHS bei 30-50% der betroffenen Kinder und Jugendlichen auch im Erwachsenenalter fortbesteht, häufig jedoch mit veränderter Symptomatik (Philipsen et al. 2008; Schmidt, Petermann 2011).

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurden Informationen zum Vorliegen einer ADHS-Diagnose im Altersbereich von 3 bis 17 Jahren im Rahmen der Elternbefragung erhoben. Die Frage lautete: „Wurde bei Ihrem Kind jemals eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, auch

als ADHS bezeichnet, diagnostiziert?“. Bei der Beantwortung sollten ADS-Diagnosen (Aufmerksamkeitsdefizit ohne Hyperaktivität) ebenfalls angegeben werden. Wurde die Frage bejaht, wurden die Eltern anschließend gefragt, in welchem Alter die Diagnose gestellt wurde und durch welche Person die Diagnosestellung erfolgte (Antwortkategorien: „Arzt“, „Psychologe“ und „Andere“; bezüglich der letztgenannten Kategorie konnte in einem offenen Antwortformat die diagnosestellende Person bzw. Institution genannt werden). Im Folgenden wird von einem ADHS-Fall ausgegangen, wenn die Diagnose durch einen Arzt bzw. Psychologen gestellt wurde oder wenn Institutionen angegeben wurden, innerhalb derer die Diagnosestellung mit hoher Wahrscheinlichkeit durch ärztliches oder psychologisches Fachpersonal erfolgte (z. B. Uniklinik) (Schlack et al. 2007; Schlack et al. 2014).

In den Tabellen wird die Lebenszeitprävalenz von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Thüringen laut Elternbericht ausgewiesen. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ Von den 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Thüringen haben 5,6% jemals eine ADHS-Diagnose erhalten.
- ▶ Bei Jungen wurde ADHS deutlich häufiger jemals diagnostiziert als bei Mädchen (8,6% vs. 2,5%).
- ▶ Während bei Jungen die höchsten Lebenszeitprävalenzen im Jugendalter erreicht

wurden, galt dies bei Mädchen für die Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen.

- Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus erhielten deutlich häufiger eine ADHS-Diagnose als jene aus der hohen Statusgruppe; bei Jungen waren die Unterschiede statistisch signifikant.
- Zwischen dem Wohnort der Kinder und Jugendlichen und diagnostizierter ADHS bestand kein signifikanter Zusammenhang.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen wurde bei 5,6% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren jemals eine ADHS-Diagnose durch einen Arzt oder Psychologen gestellt. Damit liegt die Diagnoseprävalenz in Thüringen geringfügig höher als die in KiGGS Welle 1 mit 5,0% für Deutschland insgesamt ermittelte Prävalenz (Schlack et al. 2014). Wie in Thüringen (8,6% vs. 2,5%) ist auch für Deutschland insgesamt festzustellen, dass Jungen häufiger von ADHS betroffen sind als Mädchen (8,0% vs. 1,7%). Dieser Geschlechtsunterschied zuungunsten der Jungen steht im Einklang mit nationalen und internationalen Befunden (Schubert et al. 2010; Barmer GEK 2013; Getahun et al. 2013). Ebenso wie in Thüringen findet sich auch in Deutschland insgesamt in der Diagnosehäufigkeit von ADHS ein starker sozialer Gradient: ADHS wurde bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus am häufigsten diagnostiziert (Schlack et al. 2014). Die Ursachen der ADHS sind bis heute nicht vollständig geklärt. Angenommen wird, dass primär genetische, aber auch exogene Faktoren, wie z.B. Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, pränatale Alkohol- und Nikotinexposition oder Gen-Umwelt-Interaktionen, zur Entstehung einer ADHS beitragen (BÄK 2005).

Literatur

- Barmer GEK (Hrsg) (2013) Barmer GEK Arztreport 2013. Schwerpunkt: ADHS. Asgard, Siegburg
- Bundesärztekammer (2005) Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Langfassung. BÄK, Berlin
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf> (Stand: 29.09.2014)
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH et al. (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 5., überarbeitete Auflage. Huber, Bern
- Getahun D, Jacobsen SJ, Fasset MJ et al. (2013) Recent trends in childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. JAMA Pediatr 167 (3): 282–288
- Harpin VA (2005) The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. Arch Dis Child 90 (Suppl 1): i2–i7
- Kahl KG, Puls JH, Schmid G et al. (2012) Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Molina BS, Hinshaw SP, Eugene Arnold L et al. (2013) Adolescent substance use in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 52 (3): 250–263
- Philipsen A, Heßlinger B, Tebartz van Elst L (2008) Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. Diagnostik, Ätiologie und Therapie. Dtsch Arztebl 105 (17): 311–317

- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL et al. (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 164 (6): 942–948
- Schlack R, Hölling H, Kurth B-M et al. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 827–835
- Schlack R, Mauz E, Hebebrand J et al. (2014) Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003-2006 und 2009-2012 zugenommen? Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 57 (7): 820–929
- Schmidt S, Petermann F (2011) ADHS über die Lebensspanne - Symptome und neue diagnostische Ansätze. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 59 (3): 227–238
- Schubert I, Köster I, Lehmkuhl G (2010) Prävalenzentwicklung von hyperkinetischen Störungen und Methylphenidatverordnungen. Analyse der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen zwischen 2000 und 2007. *Dtsch Arztebl Int* 107 (36): 615–621

Tabelle 1 Anteil der 3- bis 17-jährigen Mädchen mit einer jemals durch einen Arzt oder Psychologen gestellten ADHS-Diagnose stratifiziert nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz	
	%	(95%-KI)
Mädchen	2,5	(1,7-3,7)
<i>Alter</i>		
3-6 Jahre	0,9	(0,2-4,2)
7-10 Jahre	4,0	(2,1-7,6)
11-13 Jahre	2,8	(1,4-5,2)
14-17 Jahre	2,4	(1,4-4,3)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	4,9	(2,5-9,3)
Mittel	2,1	(1,4-3,4)
Hoch	1,0	(0,3-3,0)
<i>Wohnort</i>		
Land	2,0	(1,0-3,8)
Stadt	3,1	(2,0-4,8)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	5,6	(4,8-6,6)

Tabelle 2 Anteil der 3- bis 17-jährigen Jungen mit einer jemals durch einen Arzt oder Psychologen gestellten ADHS-Diagnose stratifiziert nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz	
	%	(95%-KI)
Jungen	8,6	(7,2-10,3)
<i>Alter</i>		
3-6 Jahre	1,8	(0,8-3,4)
7-10 Jahre	7,2	(4,8-10,8)
11-13 Jahre	14,4	(10,6-19,1)
14-17 Jahre	13,9	(10,9-17,7)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	14,9	(11,2-19,5)
Mittel	7,7	(6,0-9,8)
Hoch	4,6	(2,9-7,1)
<i>Wohnort</i>		
Land	7,8	(5,8-10,3)
Stadt	9,4	(7,4-11,8)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	5,6	(4,8-6,6)

3.7 Asthma bronchiale

Einleitung

Asthma bronchiale stellt eines der häufigsten chronischen Gesundheitsprobleme im Kindes- und Jugendalter dar (Gibson et al. 2013; WHO 2013). Ausgelöst wird es durch eine Überempfindlichkeit der Bronchien gegen verschiedene Reize. Es treten dabei reversible, anfallsartige Verengungen des Bronchialsystems auf, die zu Husten, Atemnot sowie Pfeifgeräuschen beim Atmen führen (Berdel et al. 2007). Bei der Mehrheit der betroffenen Kinder ist Asthma allergisch bedingt, z. B. durch Pollen, Tierhaare oder Hausstaubmilben (Gibson et al. 2013; WHO 2013). Aufgrund von Auswirkungen auf das emotionale Befinden, die körperliche und schulische Leistungsfähigkeit sowie die soziale Interaktion erleben Betroffene die Krankheit häufig als sehr belastend (Berdel et al. 2007; Gibson et al. 2013). Während bei der einen Hälfte der Kinder die asthmatypischen Beschwerden im Laufe der Pubertät abklingen, ist die andere Hälfte der Kinder auch im Erwachsenenalter von symptombedingten Einschränkungen betroffen (Lindemann 2000). Laut Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2008 bei Kindern unter 15 Jahren rund 282 Millionen Euro zur Behandlung von Asthma bronchiale aufgewendet (IS-GBE 2014).

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurde die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz („jemals“ und „in den letzten 12 Monaten“) von Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren erfasst. Eltern von Kindern, die erstmalig an der KiGGS-Studie teilgenommen haben, wurden gefragt, ob die Krankheit bei

ihrem Kind jemals ärztlich festgestellt wurde, ob die Erkrankung in den letzten 12 Monaten aufgetreten ist und ob ihr Kind in den letzten 12 Monaten dagegen Medikamente angewendet hat. Eltern von erneut teilnehmenden Mädchen und Jungen wurden gefragt, ob ihr Kind die Erkrankung seit der ersten KiGGS-Erhebung hatte oder es seitdem dagegen Medikamente angewendet hat, ob die Krankheit in diesem Zeitraum erstmals ärztlich festgestellt wurde, ob die Krankheit in den letzten 12 Monaten aufgetreten ist und ob ihr Kind in den letzten 12 Monaten dagegen Medikamente angewendet hat. Aus der Zusammenführung dieser Angaben wurden Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen geschätzt (Schmitz et al. 2014).

Die Tabellen stellen die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen für Asthma bronchiale bei 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Thüringen dar. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- Bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen liegt die Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale bei 7,3%, die 12-Monats-Prävalenz beträgt 5,1%.
- Jungen sind häufiger von Asthma betroffen als Mädchen. Bei der Lebenszeitprävalenz fallen die Geschlechtsunterschiede signifikant aus (8,6% vs. 5,9%).
- Mit dem Alter steigt die Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale bei Mädchen und Jungen an. Bei der 12-Monats-Prävalenz lässt sich hingegen kein eindeutiger Alterstrend ausmachen.

- Die Ergebnisse stratifiziert nach Sozialstatus und Wohnort lassen keine bedeutsamen Unterschiede in der Asthmahäufigkeit erkennen.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen liegt die Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale bei 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen bei 7,3% und die 12-Monats-Prävalenz bei 5,1%; im Bundesdurchschnitt liegen diese Anteile mit 6,3% und 4,1% auf einem ähnlichen Niveau (Schmitz et al. 2014). Das Ergebnis, dass Jungen häufiger von Asthma betroffen sind als Mädchen, steht im Einklang mit den Daten aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt sowie mit den Daten der Schuleingangsuntersuchungen von Brandenburg und Sachsen-Anhalt (Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2013; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2014; RKI 2014; Schmitz et al. 2014). Zwischen dem Wohnort und der Asthmahäufigkeit spiegeln die Ergebnisse keinen Zusammenhang wider, obwohl das (groß)städtische Leben aufgrund der höheren Schadstoffbelastung als ein Risikofaktor für das Auftreten von Asthma bronchiale gilt (Schmitz et al. 2014). Bis heute liegen wenig evidenzbasierte Maßnahmen zur Primärprävention von Asthma bronchiale vor (BÄK et al. 2013). Empfohlen wird jedoch die Tabakabstinenz, d. h. die vollständige Vermeidung des aktiven Rauchens sowie der Exposition gegenüber Passivrauch.

Literatur

- Anderson HR, Gupta R, Strachan DP et al. (2007) 50 years of asthma: UK trends from 1955 to 2004. *Thorax* 62: 85–90
- Arnedo-Pena A, Puig-Barbera J, Bellido-Blasco JB et al. (2009) Risk factors and prevalence of asthma in schoolchildren in Cas-

tellon (Spain): a cross-sectional study. *Allergol Immunopathol* 37: 135–142

- Asher MI, Montefort S, Björkstén B et al. (2006) Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC phases one and three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 368: 733–743
- Banac S, Rozmanic V, Manestar K et al. (2013) Rising trends in the prevalence of asthma and allergic diseases among school children in the north-west coastal part of Croatia. *J Asthma* 50: 810–814
- Berdel D, Forster J, Gappa M et al. (2007) Leitlinie zum Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschr Kinderheilkd* 155 (10): 957–967
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg) (2013) Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2009, zuletzt geändert: August 2013 www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma (Stand: 07.07.2014)
- Gibson GJ, Loddenkemper R, Sibille Y et al. (Hrsg) (2013) The European lung white book. Respiratory health and disease in Europe. European Respiratory Society, Sheffield www.erswhitebook.org (Stand: 07.07.2014)
- IS-GBE (2014) Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes www.gbe-bund.de (Stand: 07.07.2014)
- Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2014) Zeitreihe zum Indikator: Allergische Atemwegserkrankungen www.gesundheitsplattform.brandenburg.de (Stand: 07.07.2014)
- Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2013) Gesundheit von einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung der Gesundheitsämter. Update Nr. 1. Untersuchungsjahre 2010 – 2012 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2008. LAV Sach-

sen- Anhalt, Magdeburg
www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de (Stand: 07.07.2014)

- Lindemann H (2000) Epidemiologie von Lungenerkrankungen im Kindesalter. In: Petro W (Hrsg) Pneumologische Prävention und Rehabilitation. Ziele – Methoden – Ergebnisse. Springer, Berlin, Heidelberg, S 90–92
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Asthma bronchiale. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. RKI, Berlin
- Schernhammer ES, Vutuc C, Waldhor T et al. (2008) Time trends of the prevalence of asthma and allergic disease in Austrian children. *Pediatr Allergy Immunol* 19: 125–131
- Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 701–710
- Schmitz R, Thamm M, Ellert U et al. (2014) Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 57 (7): 771–778
- World Health Organization (2013) Asthma. Fact sheet N°307. WHO, Genf
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/# (Stand: 22.05.14)

Tabelle 1 Verbreitung von Asthma bronchiale bei 0- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	5,9	(4,8-7,3)	4,1	(3,2-5,2)
<i>Alter</i>				
0-2 Jahre	3,0	(1,1-7,8)	3,0	(1,1-7,8)
3-6 Jahre	5,5	(3,4-9,0)	4,6	(2,6-8,1)
7-10 Jahre	4,6	(2,8-7,4)	2,5	(1,3-4,8)
11-13 Jahre	6,9	(4,8-9,9)	4,4	(2,5-7,5)
14-17 Jahre	10,0	(6,9-14,2)	6,2	(3,9-9,9)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	7,5	(4,6-12,0)	6,5	(3,9-10,5)
Mittel	5,7	(4,5-7,3)	3,5	(2,5-4,9)
Hoch	4,6	(2,8-7,5)	3,4	(2,0-5,9)
<i>Wohnort</i>				
Land	6,0	(4,3-8,3)	3,9	(2,7-5,6)
Stadt	5,9	(4,5-7,7)	4,3	(3,0-6,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	7,3	(6,3-8,5)	5,1	(4,2-6,1)

Tabelle 2 Verbreitung von Asthma bronchiale bei 0- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	8,6	(7,5-9,9)	6,0	(4,9-7,3)
<i>Alter</i>				
0-2 Jahre	2,9	(1,5-5,6)	2,9	(1,5-5,6)
3-6 Jahre	8,6	(5,9-12,4)	7,3	(4,6-11,4)
7-10 Jahre	8,0	(6,4-9,9)	5,2	(3,8-7,1)
11-13 Jahre	11,7	(8,6-15,7)	8,1	(5,5-11,8)
14-17 Jahre	11,8	(9,1-15,2)	6,3	(4,4-9,0)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	9,6	(6,9-13,3)	6,8	(4,4-10,3)
Mittel	8,7	(7,2-10,4)	6,2	(4,8-7,9)
Hoch	7,1	(5,1-9,6)	3,9	(2,3-6,5)
<i>Wohnort</i>				
Land	8,4	(6,7-10,6)	5,2	(3,7-7,3)
Stadt	8,8	(7,4-10,5)	6,7	(5,3-8,6)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	7,3	(6,3-8,5)	5,1	(4,2-6,1)

3.8 Heuschnupfen

Einleitung

Heuschnupfen, auch als allergische Rhinokonjunktivitis bezeichnet, zählt sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen zu den häufigsten allergischen Erkrankungen (Schlaud et al. 2007; Schmitz et al. 2012; Langen et al. 2013). Infolge einer allergischen Entzündungsreaktion an Nase (allergischer Schnupfen, allergische Rhinitis) und/oder Augen (allergische Bindehautentzündung, allergische Konjunktivitis) kommt es zu Juckreiz, Niesattacken, verstärkter Tränen- und Schleimsekretion sowie erschwelter Nasenatmung. Mit den für Heuschnupfen typischen Symptomen geht zumeist ein allgemeines Krankheitsgefühl mit Schwäche, Müdigkeit und Abgeschlagenheit einher, das auch die schulische Leistungsfähigkeit beeinträchtigen kann (Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Allergische Rhinitis“ der Sektion HNO 2003; Pfaar et al. 2011; Pawankar et al. 2013). Auslöser der Beschwerden sind vor allem Baum-, Gräser- und Kräuterpollen sowie Tierepithelien (z. B. Haare, Hautschuppen, Talg oder Speichel), aber auch Schimmelpilzsporen oder Hausstaubmilben. Heuschnupfen zählt wie Asthma bronchiale und Neurodermitis zu den Erkrankungen des atopischen Formenkreises. Die Erkrankungen treten familiär gehäuft und oftmals kombiniert auf (Wahn et al. 2005).

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurde die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz („jemals“ und „in den letzten 12 Monaten“) von Heuschnupfen erfasst. Eltern von Kindern, die erstmalig an KiGGS teilgenommen haben, wurden gefragt, ob die Krankheit bei ihrem Kind jemals ärztlich

festgestellt wurde, ob die Erkrankung in den letzten 12 Monaten aufgetreten ist und ob ihr Kind in den letzten 12 Monaten dagegen Medikamente angewendet hat. Eltern von erneut teilnehmenden Kindern wurden gefragt, ob ihr Kind die Krankheit seit der ersten KiGGS-Erhebung hatte oder es seitdem dagegen Medikamente angewendet hat, ob die Krankheit in diesem Zeitraum erstmals ärztlich festgestellt wurde, ob die Krankheit in den letzten 12 Monaten aufgetreten ist und ob ihr Kind in den letzten 12 Monaten dagegen Medikamente angewendet hat. Aus der Zusammenführung dieser Angaben wurden Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen berechnet (Schmitz et al. 2014).

Die Tabellen veranschaulichen die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen für Heuschnupfen bei 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Thüringen. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- Bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen liegt die Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen bei 13,6%, die 12-Monats-Prävalenz beträgt 9,7%.
- Jungen sind im Vergleich zu Mädchen häufiger von Heuschnupfen betroffen; dies trifft auf die Lebenszeitprävalenz und auf die 12-Monats-Prävalenz zu.
- Jugendliche sind häufiger von Heuschnupfen betroffen als Kinder; dieser Altersunterschied zeigt sich in der Lebenszeitprävalenz und in der 12-Monats-Prävalenz.
- Die Daten zum Zusammenhang mit dem Sozialstatus sowie dem Wohnort der Kin-

der lassen keine bedeutsamen Unterschiede in der Heuschnupfenhäufigkeit erkennen.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen liegt die Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen bei 0- bis 17-Jährigen bei 13,6% und die 12-Monats-Prävalenz bei 9,7%. In Deutschland insgesamt liegen diese Anteile mit 12,6% bzw. 9,1% auf vergleichbarem Niveau (RKI 2014; Schmitz et al. 2014). Der Befund, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen häufiger von Heuschnupfen betroffen sind und im Altersgang die Heuschnupfenprävalenz ansteigt, steht ebenfalls im Einklang mit den Befunden für Deutschland insgesamt (Schmitz et al. 2014). Der Geschlechtsunterschied zu Ungunsten von Jungen stimmt darüber hinaus mit den Ergebnissen anderer Studien überein (Schlaud et al. 2007; Hansen et al. 2013; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2014). Mit Blick auf den Zusammenhang zwischen Sozialstatus und der Heuschnupfenhäufigkeit existieren in der Literatur unterschiedliche Aussagen (Ellsäßer, Diepgen 2002). Während ein Teil der Studien auf eine höhere Heuschnupfenprävalenz bei Mädchen und Jungen der hohen Statusgruppe hinweist (Strachan 1989; Heinrich et al. 1998; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2014), spiegeln andere Studien, hierunter auch die Daten aus KiGGS Welle 1 für Thüringen, keinen Zusammenhang mit dem Sozialstatus wider (Suarez-Varela et al. 1999; RKI 2014; Schmitz et al. 2014).

Literatur

- Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA et al. (2008) Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy* 63 (Suppl 86): 8–160
- Ellsäßer G, Diepgen TL (2002) Atopische Erkrankungen und soziale Lage bei Einschulungskindern im Land Brandenburg. *Trendanalyse 1994 – 2000. Monatsschr Kinderheilkd* 150: 839–847
- Hansen TE, Evjenth B, Holt J (2013) Increasing prevalence of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and eczema among schoolchildren: three surveys during the period 1985 – 2008. *Acta Paediatr* 102 (1): 47–52
- Heinrich J, Popescu MA, Wjst M et al. (1998) Atopy in children and parental social class. *Am J Public Health* 88: 1319 – 1324
- Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Allergische Rhinitis“ der Sektion HNO (2003) Allergische Rhinokonjunktivitis. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI). *Allergo J* 12: 182–194
- Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2014) Zeitreihe zum Indikator: Allergische Atemwegserkrankungen
www.gesundheitsplattform.brandenburg.de (Stand: 23.07.2014)
- Langen U, Schmitz R, Steppuhn H (2013) Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56 (5/6): 698–706
- Pawankar RS, Sanchez-Borges M, Bonini S et al. (2013) Allergic rhinitis, allergic conjunctivitis, and rhinosinusitis. In: Pawankar RS, Canonica GW, Holgate ST et al. (Hrsg) *World Allergy Organization (WAO) White Book on Allergy: Update 2013*. WAO, Milwaukee
www.worldallergy.org/definingthespecialty/white_book.php (Stand: 23.07.2014)

- Pfaar O, Hörmann K, Umbreit C et al. (2011) Rhinitis Allergica im Kindesalter. Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis 14 (1): 6–13
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Heuschnupfen. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. RKI, Berlin
- Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50 (5/6): 701–710
- Schmitz R, Thamm M, Ellert U et al. (2014) Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57 (7): 771–778
- Strachan DP (1989) Hay fever, hygiene, and household size. BMJ 299: 1259–1260
- Suarez-Varela MM, Gonzales AL, Martinez Selva MI (1999) Socioeconomic risk factors in the prevalence of asthma and other atopic diseases in children 6 to 7 years old in Valencia Spain. Eur J Epidemiol 15 (1): 35–40

Tabelle 1 Verbreitung von Heuschnupfen bei 0- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	11,1	(9,3-13,1)	7,7	(6,3-9,5)
<i>Alter</i>				
0-2 Jahre	2,8	(1,2-6,7)	2,8	(1,2-6,7)
3-6 Jahre	6,4	(4,5-9,1)	3,4	(2,0-5,8)
7-10 Jahre	11,9	(8,4-16,6)	8,2	(5,4-12,1)
11-13 Jahre	15,4	(12,1-19,4)	10,9	(7,8-15,1)
14-17 Jahre	19,3	(14,9-24,6)	14,1	(10,6-18,4)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	10,6	(6,6-16,7)	7,8	(4,5-13,0)
Mittel	11,4	(9,7-13,4)	7,9	(6,4-9,7)
Hoch	10,1	(8,0-12,6)	7,1	(5,1-9,8)
<i>Wohnort</i>				
Land	11,9	(9,0-15,6)	8,4	(6,1-11,6)
Stadt	16,5	(14,4-18,8)	7,0	(5,7-8,7)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	13,6	(12,1-15,2)	9,7	(8,4-11,2)

Tabelle 2 Verbreitung von Heuschnupfen bei 0- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	16,0	(14,2-18,1)	11,6	(10,1-13,4)
<i>Alter</i>				
0-2 Jahre	5,8	(3,7-9,0)	4,7	(2,7-7,9)
3-6 Jahre	14,7	(11,7-18,4)	9,7	(6,8-13,7)
7-10 Jahre	17,4	(14,3-20,9)	12,2	(13,1-22,1)
11-13 Jahre	22,3	(17,6-27,8)	17,1	(13,1-22,1)
14-17 Jahre	19,5	(15,6-24,2)	14,5	(11,3-18,5)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	15,3	(10,4-21,8)	8,6	(5,7-12,8)
Mittel	16,6	(14,5-19,0)	12,7	(10,8-14,9)
Hoch	14,1	(11,1-17,8)	10,6	(8,1-13,7)
<i>Wohnort</i>				
Land	15,5	(12,5-19,0)	11,7	(9,2-14,9)
Stadt	16,5	(14,4-18,8)	11,5	(9,8-13,5)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	13,6	(12,1-15,2)	9,7	(8,4-11,2)

3.9 Neurodermitis

Einleitung

Die Neurodermitis (atopische Dermatitis, atopisches Ekzem) ist eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung und zählt zu den häufigsten Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (Ring 2011; Bieber et al. 2013). Die Krankheit zählt wie Heuschnupfen und Asthma bronchiale zu den atopischen Erkrankungen. In der Regel geht Neurodermitis mit starkem Juckreiz, trockener, schuppiger und geröteter Haut einher. Die Krankheit tritt in den meisten Fällen bereits in den ersten beiden Lebensjahren auf, verläuft schubweise und hat ein vom Lebensalter der Betroffenen abhängiges Erscheinungsbild (Bieber 2008; Bieber et al. 2013). Mit zunehmendem Alter klingen die Symptome oftmals ab (Wahn, Wichmann 2000; Illi et al. 2004). Studien weisen allerdings darauf hin, dass von Neurodermitis betroffene Kinder im späteren Leben ein erhöhtes Risiko für andere allergische Erkrankungen aufweisen, z. B. für Asthma bronchiale oder Heuschnupfen (Bieber et al. 2013). Durch den Juckreiz und die sichtbaren Hautausschläge kann Neurodermitis die Psyche und die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen. Häufig berichtete Folgen sind Schlafstörungen, ein verringertes Selbstwertgefühl sowie Probleme in der Schule und im Umgang mit Gleichaltrigen (Wahn, Wichmann 2000; Bieber 2008).

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurde die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz („jemals“ und „in den letzten 12 Monaten“) von Neurodermitis erfasst. Eltern von Kindern, die erstmalig an KiGGS teilgenommen haben, wurden gefragt, ob die Krankheit bei ihrem Kind jemals ärztlich

festgestellt wurde, ob die Erkrankung in den letzten 12 Monaten aufgetreten ist und ob ihr Kind in den letzten 12 Monaten dagegen Medikamente angewendet hat. Eltern von erneut teilnehmenden Kindern wurden gefragt, ob ihr Kind die Krankheit seit der ersten KiGGS-Erhebung hatte oder es seitdem dagegen Medikamente angewendet hat, ob die Krankheit in diesem Zeitraum erstmals ärztlich festgestellt wurde, ob die Krankheit in den letzten 12 Monaten aufgetreten ist und ob ihr Kind in den letzten 12 Monaten dagegen Medikamente angewendet hat. Aus der Zusammenführung dieser Angaben wurden Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen berechnet (Schmitz et al. 2014).

In den Tabellen werden Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen für Neurodermitis bei 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Thüringen ausgewiesen und dabei nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- Die Lebenszeitprävalenz beträgt bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen 17,6%; die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 9,6%.
- Es zeigen sich keine Geschlechterunterschiede in der Verbreitung von Neurodermitis.
- Der Anteil an Mädchen und Jungen, die in den letzten 12 Monaten eine Neurodermitis aufwiesen, liegt im Säuglings- und Kleinkindalter bei über 10%. Mit dem Alter nimmt dieser Anteil ab und beträgt im späten Jugendalter nur noch 6,6% bei Mädchen und 3,5% bei Jungen.

- Mädchen und Jungen mit hohem Sozialstatus sind tendenziell häufiger von Neurodermitis betroffen als Gleichaltrige mit niedrigem Sozialstatus. Bei Jungen sind die Unterschiede bei der Lebenszeitprävalenz statistisch signifikant (21,0% vs. 12,9%).
- Nach dem Wohnort spiegeln sich keine Unterschiede in der Verbreitung von Neurodermitis wider.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen beträgt die Lebenszeitprävalenz von Neurodermitis bei 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen 17,6%, die 12-Monats-Prävalenz beträgt 9,6%. In Deutschland insgesamt liegen diese Anteile bei 14,3% bzw. 6,0%. Kinder und Jugendliche in Thüringen sind signifikant häufiger von Neurodermitis betroffen als Gleichaltrige in Deutschland insgesamt; dies zeigt sich sowohl für die Lebenszeit- als auch für die 12-Monats-Prävalenz (RKI 2014; Schmitz et al. 2014). Anders als bei den allergischen Erkrankungen – Asthma bronchiale und Heuschnupfen (siehe hierzu die entsprechenden Faktenblätter) – sind Jungen nicht häufiger von Neurodermitis betroffen als Mädchen. Dieser Befund stimmt mit den Daten aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt und mit den Daten der Brandenburger Einschulungsuntersuchungen überein (Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2014; RKI 2014; Schmitz et al. 2014). Studien zeigen, dass Neurodermitis bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Sozialstatus stärker verbreitet ist (Heinrich et al. 1998). Dies bestätigen die Daten des Thüringen-Moduls im Einklang mit den Daten für Deutschland insgesamt vor allem für Jungen (RKI 2014; Schmitz et al. 2014).

Literatur

- Asher MI, Montefort S, Björkstén B et al. (2006) Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 368 (9537): 733–743
- Bieber T (2008) Atopic dermatitis. *N Engl J Med* 358 (14): 1483–1494
- Bieber T, Leung D, El Gamal Y et al. (2013) Atopic eczema. In: Pawankar RS, Canonica GW, Holgate ST et al. (Hrsg) *World Allergy Organization (WAO) White Book on Allergy: Update 2013*. WAO, Milwaukee, S 44–48
http://www.worldallergy.org/definingthespecialty/white_book.php (Stand: 09.10.2014)
- Heinrich J, Popescu MA, Wjst M et al. (1998) Atopy in children and parental social class. *Am J Public Health* 88: 1319–1324
- Illi S, von Mutius E, Lau S et al. (2004) The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 113 (5): 925–931
- Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2014) *Zeitreihe zum Indikator: Neurodermitis*
www.gesundheitsplattform.brandenburg.de (Stand: 25.07.2014)
- NHS (2008) *National costing report: Atopic eczema in children*. National Institute for Health and Clinical Excellence, London
www.nice.org.uk/nicemedia/live/11901/42019/42019.pdf (Stand: 23.07.2014)
- Ring J (2011) *Neurodermitis - Atopisches Ekzem*. Thieme, Stuttgart
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Neurodermitis. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012*. RKI, Berlin
- Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) *Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsur-*

vey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50 (5/6): 701–710

Schmitz R, Thamm M, Ellert U et al. (2014) Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57 (7): 771–778

Wahn U, Wichmann HE (2000) Spezialbericht Allergien. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Statistisches Bundesamt (Hrsg) Metzler-Poeschel, Stuttgart

Tabelle 1 Verbreitung von Neurodermitis bei 0- bis 17-jährigen Mädchen stratifiziert nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	17,5	(15,6-19,6)	10,2	(8,7-11,8)
<i>Alter</i>				
0-2 Jahre	12,6	(9,0-17,5)	11,6	(8,3-16,0)
3-6 Jahre	16,8	(13,3-20,8)	12,8	(9,9-16,4)
7-10 Jahre	19,8	(15,7-24,6)	10,7	(8,1-13,9)
11-13 Jahre	17,3	(14,2-20,9)	8,3	(5,7-11,9)
14-17 Jahre	20,3	(15,8-25,8)	6,6	(4,1-10,5)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	17,3	(12,9-22,9)	11,7	(7,9-17,2)
Mittel	16,6	(14,6-18,7)	9,0	(7,6-10,6)
Hoch	22,5	(19,0-26,4)	13,4	(10,1-17,6)
<i>Wohnort</i>				
Land	17,9	(15,8-20,3)	9,7	(8,2-11,5)
Stadt	17,1	(14,1-20,7)	10,6	(8,3-13,5)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	17,6	(16,1-19,2)	9,6	(8,5-10,9)

Tabelle 2 Verbreitung von Neurodermitis bei 0- bis 17-jährigen Jungen stratifiziert nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	17,6	(15,9-19,4)	9,2	(7,9-10,7)
<i>Alter</i>				
0-2 Jahre	14,6	(10,2-20,5)	13,4	(9,0-19,5)
3-6 Jahre	21,2	(17,0-26,1)	11,2	(8,1-15,2)
7-10 Jahre	17,3	(14,1-21,0)	8,4	(6,7-10,4)
11-13 Jahre	20,8	(16,9-25,4)	9,5	(6,5-13,6)
14-17 Jahre	13,3	(11,0-16,0)	3,5	(2,3-5,2)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	12,9	(9,9-16,7)	6,9	(4,8-9,9)
Mittel	18,3	(16,5-20,3)	9,2	(7,7-11,0)
Hoch	21,0	(17,3-25,3)	12,2	(9,1-16,2)
<i>Wohnort</i>				
Land	18,3	(15,7-21,3)	9,5	(7,5-11,8)
Stadt	17,0	(14,9-19,2)	8,9	(7,2-10,9)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	17,6	(16,1-19,2)	9,6	(8,5-10,9)

3.10 Skoliose

Einleitung

Im Kindes- und Jugendalter kann es während des Wachstums zu Fehlstellungen der Wirbelsäule kommen. Zu den häufigsten Formen gehört die Skoliose, deren Hauptmerkmal die seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule ist (Graßhoff 2007). Bei der Mehrheit der Betroffenen ist der Auslöser für die Erkrankung nicht bekannt (idiopathische Skoliose). Nur in etwa 10% der Fälle können Grunderkrankungen, wie z. B. angeborene Fehlbildungen, Knochen- und Muskelerkrankungen als Ursache ausgemacht werden (symptomatische Skoliose) (Graßhoff 2007). Körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen oder Bewegungseinschränkungen treten meist erst im Erwachsenenalter auf und sind auf die dauerhafte Über- und Fehlbelastung von Gelenken und Muskulatur zurückzuführen. Psychische und psychosoziale Beeinträchtigungen sind hingegen bereits im Kindes- und Jugendalter zu beobachten und rühren von der sichtbaren Verformung und Asymmetrie des Rumpfes (Trobisch et al. 2010). Verlauf und Prognose der Skoliose hängen von der Ursache, der Schwere und dem Alter bei Diagnosestellung ab.

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurde die Lebenszeitprävalenz von Skoliose bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren erfasst. Die Eltern wurden dabei gefragt, ob die Krankheit bei ihrem Kind jemals ärztlich festgestellt wurde (Antwortkategorien: „ja“; „nein“).

Die Tabellen veranschaulichen die Lebenszeitprävalenz von Skoliose bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren in

Thüringen. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ Die Lebenszeitprävalenz von Skoliose bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen beträgt 6,4%.
- ▶ Mädchen sind häufiger von Skoliose betroffen als Jungen; die Unterschiede sind jedoch nur in der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre statistisch signifikant.
- ▶ Die Lebenszeitprävalenz von Skoliose nimmt erwartungsgemäß mit dem Alter der Kinder zu.
- ▶ Bei der Verbreitung von Skoliose bestehen keine bedeutsamen Unterschiede nach Sozialstatus oder Wohnort.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen sind 6,4% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren von Skoliose betroffen. Im Bundesdurchschnitt liegt der Anteil mit 5,3% etwas niedriger; die Unterschiede sind dabei nicht statistisch signifikant. Werden die Befunde zur Lebenszeitprävalenz nach Alter und Geschlecht betrachtet, zeigt sich im Einklang mit Deutschland insgesamt, dass Mädchen häufiger von Skoliose betroffen sind als Jungen. Die Häufigkeit von Skoliose nimmt bei beiden Geschlechtern im Altersgang kontinuierlich zu. Diese Ergebnisse decken sich mit den Befunden aus verschiedenen nationalen und internationalen Studien (Lonstein et al. 1982; Grivas et al. 2006; Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2013). So zeigen die Daten einheitlich, dass

(idiopathische) Skoliosen in den Phasen des stärksten Körperwachstums, insbesondere in der pubertären Wachstumsphase, gehäuft auftreten. Da die Ursachen der Skoliose größtenteils nicht bekannt sind, ist die generelle Verhinderung nicht möglich. Der Fokus liegt auf dem frühzeitigen Erkennen einer Skoliose, um bei betroffenen Kindern eine zeitnahe Therapie einleiten zu können (Trobisch et al. 2010).

Literatur

- Graßhoff H (2007) Erkrankungen der Wirbelsäule und des Sakroiliakgelenks. Haltungsfehler, Skoliose, Kyphose. In: Bischoff HP, Heisel J, Locher H (Hrsg) Praxis der konservativen Orthopädie. Thieme, Stuttgart, New York, S 424–433
- Grivas TB, Vasiliadis E, Savvidou O et al. (2006) Geographic latitude and prevalence of adolescent idiopathic scoliosis. Stud Health Technol Inform 123: 84–89
- Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2013) Gesundheit von einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung der Gesundheitsämter. Update Nr. 1. Untersuchungsjahre 2010 – 2012 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2008. LAV Sachsen-Anhalt, Magdeburg
www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de (Stand: 24.09.2014)
- Lonstein JE, Bjorklund S, Wanninger MH et al. (1982) Voluntary school screening for scoliosis in Minnesota. J Bone Joint Surg Am 64 (4): 481–488
- Trobisch P, Suess O, Schwab F (2010) Idiopathische Skoliose. Dtsch Arztebl 107 (49): 875–884

Tabelle 1 Verbreitung von Skoliose bei Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz	
	%	(95%-KI)
Mädchen	7,9	(6,4-9,7)
<i>Alter</i>		
7-10 Jahre	2,8	(1,6-4,8)
11-13 Jahre	9,7	(6,8-13,6)
14-17 Jahre	13,0	(10,0-16,6)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	8,8	(4,5-16,5)
Mittel	7,7	(6,1-9,7)
Hoch	7,8	(5,0-11,8)
<i>Wohnort</i>		
Land	6,8	(5,0-9,1)
Stadt	9,2	(7,1-12,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	6,4	(5,3-7,6)

Tabelle 2 Verbreitung von Skoliose bei Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz	
	%	(95%-KI)
Jungen	4,9	(3,7-6,4)
<i>Alter</i>		
7-10 Jahre	2,3	(1,4-3,8)
11-13 Jahre	6,1	(3,9-9,6)
14-17 Jahre	6,9	(4,8-9,9)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	3,8	(1,7-8,3)
Mittel	5,6	(4,1-7,5)
Hoch	2,8	(1,4-5,5)
<i>Wohnort</i>		
Land	3,8	(2,5-5,9)
Stadt	5,9	(4,3-8,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	6,4	(5,3-7,6)

3.11 Unfallverletzungen

Einleitung

Unfallverletzungen stellen ein erhebliches Gesundheitsrisiko für Kinder und Jugendliche dar. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation kommen weltweit pro Jahr rund 830.000 unter 18-Jährige bei Unfällen ums Leben (WHO 2008). Verkehrsunfälle sind die häufigste Todesursache für Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren (WHO 2014). Auch in Deutschland sind Unfälle für Kinder ab einem Jahr trotz rückläufiger Sterberaten noch immer die häufigste Todesursache (Ellsäßer 2014). Verletzungen, die zu einem erheblichen Anteil aus Unfällen resultieren, zählen im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten Anlässen für eine ärztliche Behandlung im Krankenhaus. Im Jahr 2012 wurden mehr als 280.000 Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren wegen einer Verletzung im Krankenhaus versorgt. Dies entspricht 16,1% aller Krankenhausfälle dieser Altersgruppe (Statistisches Bundesamt 2013; Saß et al. 2014). Aufgrund vorübergehend oder dauerhaft bestehender Funktionseinschränkungen, Schmerzen und Lebensqualitätseinbußen sowie hoher Behandlungskosten kommt der Unfallprävention aus Public-Health-Sicht große Bedeutung zu – gerade angesichts der potenziellen Vermeidbarkeit zahlreicher Unfälle (Kahl et al. 2007; Saß et al. 2014).

Indikator

Zum Thema Verletzungen durch Unfälle wurden die Eltern in KiGGS Welle 1 nach Verletzungen und Vergiftungen ihrer Kinder innerhalb der letzten 12 Monate gefragt (Saß et al. 2014). Beabsichtigte Verletzungen durch Gewalt oder Selbstbeschädigung wurden explizit

nicht erfasst. Bagatellverletzungen wurden ausgeschlossen, indem nach „ärztlich behandelten Verletzungen und Vergiftungen“ gefragt wurde. Nach der Einstiegsfrage: „Hat sich Ihr Kind in den letzten 12 Monaten durch einen Unfall oder eine Vergiftung verletzt und musste deswegen von einem Arzt behandelt werden?“ wurden den Eltern, die mit „ja“ geantwortet hatten, bis zu zwölf weitere Fragen zum Unfallgeschehen gestellt. Diese bezogen sich u. a. auf die Anzahl der erlittenen Unfälle sowie auf den Unfallort, den Unfallhergang und die Dauer einer etwaigen stationären Versorgung (für den letzten Unfall des Kindes).

In den Tabellen wird der Anteil der Kinder und Jugendlichen in Thüringen wiedergegeben, die in den letzten 12 Monaten aufgrund einer Unfallverletzung ärztlich behandelt werden mussten. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert. Zudem wird gezeigt, welche Unfallorte das Unfallgeschehen in den unterschiedlichen Altersgruppen dominieren (Abbildung 1).

Kernaussagen

- In Thüringen wurden 14,7% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 1 bis 17 Jahren in den letzten 12 Monaten wegen eines Unfalls ärztlich behandelt.
- Jungen sind signifikant häufiger von Unfallverletzungen betroffen als Mädchen (16,7% vs. 12,7%). Altersunterschiede in der Unfallhäufigkeit gibt es kaum.
- Während sich im Kleinkind- (1-2 Jahre) und Vorschulalter (3-6 Jahre) ein Großteil der Unfälle zu Hause oder im privaten Umfeld ereignet, nimmt in den höheren Al-

tersgruppen der Anteil an Unfällen in Betreuung- und Bildungseinrichtungen sowie auf Spielplätzen und in Sporteinrichtungen zu.

- Jedes siebte verunfallte Kind war mindestens eine Nacht im Krankenhaus (13,9%).
- Es liegen keine Zusammenhänge zwischen der Unfallhäufigkeit und dem Sozialstatus sowie dem Wohnort vor.

Einordnung der Ergebnisse

Die Befunde des Thüringen-Moduls im Rahmen von KiGGS Welle 1 zeigen, dass 14,7% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 1 bis 17 Jahren in den letzten 12 Monaten wegen eines Unfalls ärztlich behandelt wurden; dieser Anteil liegt für Deutschland insgesamt bei 15,5% und damit auf einem ähnlichen Niveau (RKI 2014; Varnaccia et al. 2014). Der Geschlechtsunterschied in der Unfallhäufigkeit zuungunsten von Jungen, stimmt mit den Befunden für Deutschland insgesamt und mit den Daten der amtlichen Statistiken zum Unfallgeschehen überein (Ellsäßer 2014; RKI 2014; Varnaccia et al. 2014). In Bezug auf die hier ausgewiesene 12-Monats-Prävalenz ärztlich behandelter Unfälle bestehen keine Unterschiede nach Sozialstatus. Die KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) und die Brandenburger Schuleingangsuntersuchungen liefern jedoch Hinweise darauf, dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus ein höheres Risiko für Verkehrsunfälle und Verbrühungen haben (Ellsäßer, Böhmman 2004; Kahl et al. 2007). Hierzu passt ebenfalls, dass sozial benachteiligte Heranwachsende häufiger sowie länger nach einem Unfall stationär versorgt werden (RKI 2014; Saß et al. 2014). Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die Unfallhäufigkeit mit zunehmendem Alter der Kinder relativ konstant ist, allerdings variieren die Unfallorte und Unfallarten im Altersgang; dieser Befund wird durch die Ergebnisse für Deutschland insgesamt ebenfalls gestützt.

Literatur

- Ellsäßer G (2014) Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen 2013. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2011. Fachbericht. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden www.destatis.de (Stand: 07.07.2014)
- Ellsäßer G, Böhmman J (2004) Thermische Verletzungen im Kindesalter (< 15 Jahre) und soziale Risiken. *Kinderarztl Prax* (2): 34–38
- Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1 – 17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 718–727
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2013) Das Unfallgeschehen in Deutschland. Ergebnisse des Unfallmoduls aus der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin www.rki.de (Stand: 07.07.2014)
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Unfallverletzungen. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. RKI, Berlin
- Saß AC, Poethko-Müller C, Rommel A et al. (2014) Das Unfallgeschehen im Kindes- und Jugendalter – Aktuelle Prävalenzen, Determinanten und Zeitvergleich. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 57 (7): 789–797
- Statistisches Bundesamt (2013) Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2012. Fälle, Fälle je 100.000 Einwohner, durchschnittliche Verweildauer www.gbe-bund.de (Stand: 07.07.2014)
- Varnaccia G, Saß AC, Rommel A (2014) Das Unfallgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Datenquellen und Ergebnisse. *Bundesgesundheitsbl – Ge-*

sundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57
(6): 613–620

World Health Organization (Hrsg) (2008)
World report on child injury prevention.
WHO, Genf

World Health Organization (Hrsg) (2014)
Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade
www.who.int/adolescent/second-decade
(Stand: 07.07.2014)

Tabelle 1 Anteil der 1- bis 17-jährigen* Mädchen mit mindestens einer ärztlich versorgten Unfallverletzung in den letzten zwölf Monaten nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

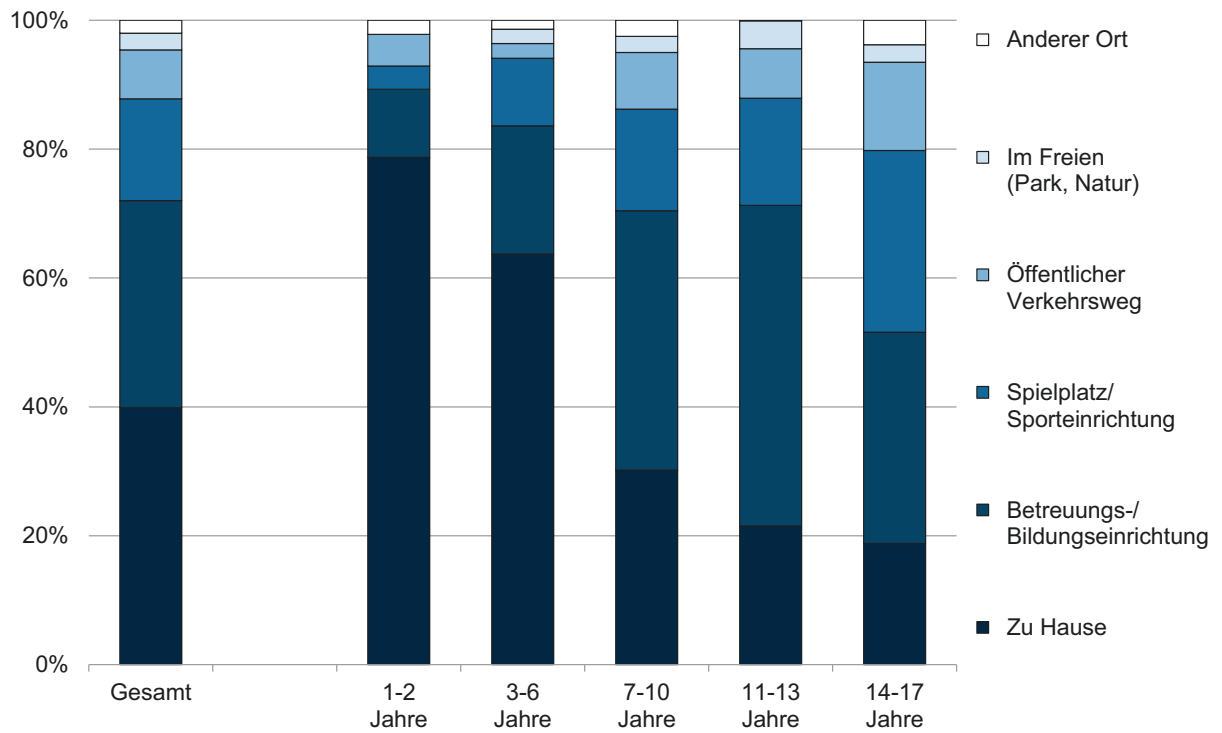
	12-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)
Mädchen	12,7	(11,2-14,3)
<i>Alter</i>		
1-2 Jahre	11,5	(7,8-16,5)
3-6 Jahre	12,0	(9,3-15,4)
7-10 Jahre	11,3	(9,0-14,1)
11-13 Jahre	15,8	(12,7-19,5)
14-17 Jahre	13,4	(10,4-17,1)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	12,7	(8,7-18,2)
Mittel	12,2	(10,3-14,2)
Hoch	15,4	(11,6-20,1)
<i>Wohnort</i>		
Land	11,9	(10,3-13,7)
Stadt	13,5	(11,2-16,3)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	14,7	(13,6-16,0)

* Für unter Einjährige war die Anzahl der elternberichteten Unfälle in KiGGS Welle 1 zu gering für eine verlässliche Prävalenzbestimmung. Diese Altersgruppe wurde daher von den Analysen ausgeschlossen (Saß et al. 2014).

Tabelle 2 Anteil der 1- bis 17-jährigen* Jungen mit mindestens einer ärztlich versorgten Unfallverletzung in den letzten zwölf Monaten nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	12-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)
Jungen	16,7	(15,2-18,3)
<i>Alter</i>		
1-2 Jahre	15,5	(11,6-20,5)
3-6 Jahre	16,7	(13,2-20,9)
7-10 Jahre	15,1	(12,6-18,0)
11-13 Jahre	17,8	(14,2-22,2)
14-17 Jahre	18,3	(14,9-22,2)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	17,0	(12,4-22,8)
Mittel	16,6	(15,0-18,2)
Hoch	16,8	(13,7-20,5)
<i>Wohnort</i>		
Land	16,1	(13,9-18,5)
Stadt	17,2	(15,2-19,4)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	14,7	(13,6-16,0)

Abbildung 1 Unfallorte des letzten Unfalls bei Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Altersgruppen



3.12 Obstverzehr

Einleitung

Im Kindes- und Jugendalter kommt der Ernährung eine wichtige Bedeutung zu, da eine ausgewogene Energie- und Nährstoffzufuhr die Entwicklung maßgeblich beeinflusst (Mensink et al. 2007). Der Verzehr von Obst und Gemüse spielt dabei eine besondere Rolle, weil sich dieser aufgrund des hohen Anteils an Vitaminen, Mineralstoffen, sekundären Pflanzenstoffen, Spurenelementen und Ballaststoffen positiv auf die allgemeine Gesundheit, den Gewichtsstatus, die Knochenmineralisation und auf die schulische Leistungsfähigkeit auswirkt (DGE 2007; Dupuy et al. 2011). Aus der Literatur ist bekannt, dass eine ungünstige Ernährung langfristig das Risiko für eine Reihe von Krankheiten und für das vorzeitige Versterben erhöht (WHO, FAO 2003; DGE 2012). Vor diesem Hintergrund wurden in vielen Ländern Kampagnen ins Leben gerufen, die den Obst- und Gemüseverzehr im Kindes- und Jugendalter erhöhen sollen.

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurden Angaben zum Obstverzehr von Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren durch die Eltern gemacht, Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren wurden selbst befragt. Die Eltern wurden dabei gefragt: „Wie oft isst Ihr Kind Obst?“, die Jugendlichen wurden gefragt: „Wie oft isst du Obst?“. Es gab vier Antwortmöglichkeiten: „jeden Tag“, „mindestens einmal pro Woche“, „seltener als einmal pro Woche“ und „nie“. Im Folgenden wird auf Basis dieser Angaben der Verzehr von Obst bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen dargestellt (zum Gemüseverzehr siehe das

Faktenblatt „Gemüseverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen“).

Die Tabellen geben die Häufigkeitsverteilung auf Basis der vier Antwortkategorien wider. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ Mit 73,0% essen drei Viertel der Kinder und Jugendlichen in Thüringen jeden Tag Obst; der Anteil derjenigen, die seltener als einmal pro Woche Obst essen, liegt bei 3,6%.
- ▶ In allen Altersgruppen essen Mädchen häufiger jeden Tag Obst als Jungen; im Jugendalter sind die Unterschiede statistisch signifikant.
- ▶ Der Anteil der Mädchen und Jungen mit einem täglichen Obstkonsum nimmt über die Altersgruppen sukzessive ab; die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind dabei zum Teil statistisch signifikant.
- ▶ Mädchen der hohen Statusgruppe essen mit 84,4% signifikant häufiger jeden Tag Obst als Mädchen der niedrigen Statusgruppe mit 70,3%. Dies gilt auch für Jungen, hier sind die Unterschiede aber noch stärker ausgeprägt (78,5% vs. 54,7%).
- ▶ Es treten keine signifikanten Unterschiede im täglichen Obstverzehr nach dem Wohnort der Kinder auf.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen essen drei Viertel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren täglich Obst (73,0%). Im Bundesdurchschnitt liegt dieser Anteil bei Gleichaltrigen mit 61,1% signifikant niedriger. Das Ergebnis, dass Mädchen häufiger einen täglichen Obstkonsum aufweisen als Jungen ist ein Resultat, das im Einklang mit den Daten für Deutschland insgesamt steht. Gleiches gilt für das Ergebnis, dass der Anteil an Mädchen und Jungen mit einem täglichen Obstverzehr mit dem Alter abnimmt. Diese alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede im täglichen Obstkonsum von Kindern und Jugendlichen spiegeln sich auch auf Basis der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) wider, in der Mädchen und Jungen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren zu ihrem Obstkonsum befragt werden (HBSC-Team Deutschland 2011). Darüber hinaus weisen die Ergebnisse für Thüringen auf soziale Unterschiede im täglichen Obstverzehr zuungunsten von Mädchen und Jungen mit niedrigem Sozialstatus hin. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch auf Basis der Daten aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt sowie auf Basis der HBSC-Daten, die Statusunterschiede nach familiärem Wohlstand ausweist (HBSC-Team Deutschland 2011). Die Ergebnisse aus Thüringen heben damit u. a. die Notwendigkeit hervor, bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus eine gesunde Ernährung im Sinne eines täglichen Obstverzehrs zu fördern (vgl. HBSC-Team Deutschland 2011).

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2007) Obst und Gemüse. Gesundheitlicher Wert versus mögliches gesundheitliches Risiko. <http://www.dge.de> (Stand: 06.08.2014)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2012) Stellungnahme – Gemüse und Obst in der Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten. <http://www.dge.de/pdf/ws/DGE-Stellungnahme-Gemuese-Obst-2012.pdf> (Stand: 06.08.2014)
- Dupuy M, Godeau E, Vignes C et al. (2011) Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: Results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. BMC Public Health 11(1): 442
- HBSC-Team Deutschland (2011) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Obstkonsum“ von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 609–623
- World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations (2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/> (Stand: 06.08.2014)

Tabelle 1 Obstverzehr bei 3- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Jeden Tag		Mindestens einmal pro Woche		Seltener als einmal pro Woche		Nie	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	78,9	(76,4-81,1)	18,3	(16,0-20,9)	2,1	(1,3-3,3)	0,7	(0,4-1,4)
<i>Alter</i>								
3-6 Jahre	91,2	(88,0-93,7)	8,0	(5,6-11,4)	-	-	0,8	(0,3-2,0)
7-10 Jahre	80,7	(76,1-84,6)	17,0	(13,2-21,7)	1,6	(0,8-3,0)	0,7	(0,3-1,7)
11-13 Jahre	71,4	(66,1-76,2)	25,3	(20,7-30,4)	3,0	(1,1-7,8)	0,3	(0,0-2,5)
14-17 Jahre	66,0	(60,8-70,7)	27,9	(22,7-33,8)	5,0	(3,2-7,7)	1,1	(0,2-5,9)
<i>Sozialstatus</i>								
Niedrig	70,3	(63,8-76,0)	24,5	(18,9-31,2)	3,9	(2,3-6,4)	1,3	(0,3-6,5)
Mittel	80,1	(77,7-82,2)	17,4	(15,1-19,9)	2,0	(1,1-3,5)	0,6	(0,3-2,1)
Hoch	84,4	(79,9-88,1)	14,6	(10,9-19,4)	0,4	(0,0-2,7)	0,6	(0,2-2,1)
<i>Wohnort</i>								
Land	77,9	(74,6-80,8)	19,8	(16,8-23,2)	1,7	(1,1-2,6)	0,6	(0,3-1,2)
Stadt	79,9	(76,3-83,1)	16,7	(13,5-20,5)	2,5	(1,3-5,0)	0,9	(0,3-2,3)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	73,0	(71,3-74,7)	23,3	(21,7-25,0)	2,9	(2,3-3,7)	0,7	(0,5-1,1)

Tabelle 2 Obstverzehr bei 3- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Jeden Tag		Mindestens einmal pro Woche		Seltener als einmal pro Woche		Nie	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	67,5	(64,9-70,0)	28,0	(25,7-30,5)	3,7	(2,9-4,8)	0,7	(0,4-1,3)
<i>Alter</i>								
3-6 Jahre	84,7	(80,0-88,5)	13,9	(10,3-18,5)	0,3	(0,1-1,4)	1,1	(0,3-3,5)
7-10 Jahre	75,0	(69,8-79,5)	22,3	(18,3-26,9)	2,1	(1,0-4,0)	0,7	(0,3-1,7)
11-13 Jahre	54,8	(47,8-61,7)	41,8	(34,6-49,3)	3,1	(1,6-5,7)	0,3	(0,0-2,1)
14-17 Jahre	44,5	(40,2-48,8)	43,4	(39,5-47,5)	11,5	(8,6-15,3)	0,6	(0,1-2,4)
<i>Sozialstatus</i>								
Niedrig	54,7	(47,2-62,0)	37,5	(31,6-43,7)	7,4	(4,5-11,8)	0,5	(0,1-2,0)
Mittel	68,9	(66,1-71,5)	26,7	(24,1-29,6)	3,5	(2,7-4,5)	0,9	(0,4-1,8)
Hoch	78,5	(74,0-82,5)	20,9	(17,0-25,4)	0,4	(0,1-1,8)	0,2	(0,0-1,3)
<i>Wohnort</i>								
Land	67,7	(64,5-70,7)	28,0	(25,4-30,8)	3,6	(2,6-5,0)	0,7	(0,4-1,3)
Stadt	67,4	(63,3-71,2)	28,1	(24,4-32,1)	3,9	(2,6-5,6)	0,7	(0,2-2,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	73,0	(71,3-74,7)	23,3	(21,7-25,0)	2,9	(2,3-3,7)	0,7	(0,5-1,1)

3.13 Gemüseverzehr

Einleitung

Im Kindes- und Jugendalter kommt der Ernährung eine wichtige Bedeutung zu, da eine ausgewogene Energie- und Nährstoffzufuhr die Entwicklung maßgeblich beeinflusst (Mensink et al. 2007). Der Verzehr von Obst und Gemüse spielt dabei eine besondere Rolle, weil sich dieser aufgrund des hohen Anteils an Vitaminen, Mineralstoffen, sekundären Pflanzenstoffen, Spurenelementen und Ballaststoffen positiv auf die allgemeine Gesundheit, den Gewichtsstatus, die Knochenmineralisation und auf die schulische Leistungsfähigkeit auswirkt (DGE 2007; Dupuy et al. 2011). Aus der Literatur ist bekannt, dass eine ungünstige Ernährung langfristig das Risiko für eine Reihe von Krankheiten und für das vorzeitige Versterben erhöht (WHO, FAO 2003; DGE 2012). Vor diesem Hintergrund wurden in vielen Ländern Kampagnen ins Leben gerufen, die den Obst- und Gemüseverzehr im Kindes- und Jugendalter erhöhen sollen.

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurden Angaben zum Gemüseverzehr von Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren durch die Eltern gemacht, Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren wurden selbst befragt. Die Eltern wurden dabei gefragt: „Wie oft isst Ihr Kind Gemüse?“, die Jugendlichen wurden gefragt: „Wie oft isst du Gemüse?“. Es gab vier Antwortmöglichkeiten: „jeden Tag“, „mindestens einmal pro Woche“, „seltener als einmal pro Woche“ und „nie“. Im Folgenden wird auf Basis dieser Angaben der Verzehr von Gemüse bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen dargestellt (zum Obstverzehr siehe das

Faktenblatt „Obstverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen“).

Die Tabellen geben die Häufigkeitsverteilung auf Basis der vier Antwortkategorien wieder. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ In Thüringen isst die Hälfte der Kinder und Jugendlichen jeden Tag Gemüse (50,3%); 44,3% essen nicht täglich, aber mindestens einmal pro Woche Gemüse.
- ▶ Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die seltener als einmal pro Woche Gemüse essen, liegt bei 5,3%.
- ▶ In allen Altersgruppen essen Mädchen häufiger jeden Tag Gemüse als Jungen; die Unterschiede sind aber nur im Alter von 11 bis 13 Jahren statistisch signifikant.
- ▶ Der Anteil der Mädchen und Jungen mit einem täglichen Gemüsekonsum nimmt über die Altersgruppen sukzessive ab; die Unterschiede sind dabei zum Teil statistisch signifikant.
- ▶ Mädchen der hohen Statusgruppe essen mit 65,6% signifikant häufiger jeden Tag Gemüse als Mädchen der niedrigen Statusgruppe mit 44,1%. Dies gilt für Jungen gleichermaßen (56,8% vs. 38,1%).
- ▶ Mädchen und Jungen in der Stadt essen tendenziell häufiger jeden Tag Gemüse als Gleichaltrige auf dem Land; die Unterschiede sind aber nicht statistisch signifikant.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen verzehrt etwa die Hälfte der 3- bis 17-Jährigen täglich Gemüse (50,3%); weitere 44,3% essen nicht täglich, aber mindestens einmal pro Woche Gemüse. Im Bundesdurchschnitt liegt der Anteil derjenigen, die täglich Gemüse essen mit 43,5% signifikant niedriger. Dass Mädchen häufiger täglich Gemüse verzehren als Jungen ist hingegen ein Befund, der im Einklang mit den Ergebnissen für Deutschland insgesamt steht. Gleiches gilt für das Ergebnis, dass der Anteil derjenigen mit einem täglichen Gemüsekonsum im Altersgang der Kinder abnimmt. Die Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC), die Mädchen und Jungen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren zum Gemüsekonsum befragt, weist ebenfalls auf einen Geschlechtsunterschied zuungunsten von Jungen hin. Der mit dem Alter abnehmende tägliche Gemüsekonsum zeigt sich auf Basis der HBSC-Daten jedoch nur für Jungen (HBSC-Team Deutschland 2011). Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass soziale Unterschiede im täglichen Gemüseverzehr zuungunsten von Mädchen und Jungen mit niedrigem Sozialstatus existieren. Dies spiegelt sich auf Basis der KiGGS-Daten auch für Deutschland insgesamt und auf Basis der HBSC-Daten nach familiärem Wohlstand wider (HBSC-Team Deutschland 2011). Vor diesem Hintergrund verweisen die Thüringen-Befunde u. a. auf die Bedeutung von Maßnahmen, die bei sozial benachteiligten Heranwachsenden eine gesunde Ernährung im Sinne eines täglichen Gemüseverzehrs fördern (vgl. HBSC-Team Deutschland 2011).

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2007) Obst und Gemüse. Gesundheitlicher Wert versus mögliches gesundheitliches Risiko. <http://www.dge.de> (Stand: 06.08.2014)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2012) Stellungnahme – Gemüse und Obst in der Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten. <http://www.dge.de/pdf/ws/DGE-Stellungnahme-Gemuese-Obst-2012.pdf> (Stand: 06.08.2014)
- Dupuy M, Godeau E, Vignes C et al. (2011) Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: Results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. BMC Public Health 11(1): 442
- HBSC-Team Deutschland (2011) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Gemüsekonsum“ von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50(5-6): 609–623
- World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations (2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/> (Stand: 06.08.2014)

Tabelle 1 Gemüseverzehr bei 3- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Jeden Tag		Mindestens einmal pro Woche		Seltener als einmal pro Woche		Nie	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	54,0	(50,8-57,2)	41,5	(38,9-44,2)	3,7	(2,7-5,2)	0,8	(0,4-1,7)
<i>Alter</i>								
3-6 Jahre	63,5	(58,5-68,2)	34,2	(30,0-38,7)	0,9	(0,4-2,1)	1,4	(0,4-4,7)
7-10 Jahre	53,8	(48,0-59,6)	42,1	(36,6-47,8)	3,6	(1,8-7,1)	0,4	(0,1-1,8)
11-13 Jahre	53,9	(47,7-60,0)	41,5	(36,4-46,8)	4,4	(2,2-8,7)	0,2	(0,0-1,4)
14-17 Jahre	41,2	(37,2-45,3)	50,8	(46,2-55,4)	7,1	(4,7-10,5)	0,9	(0,3-2,6)
<i>Sozialstatus</i>								
Niedrig	44,1	(36,0-52,5)	46,9	(40,8-53,2)	7,8	(4,4-13,6)	1,1	(0,2-8,0)
Mittel	54,4	(50,8-57,8)	41,9	(38,8-45,1)	3,0	(2,1-4,3)	0,8	(0,4-1,8)
Hoch	65,6	(58,9-71,8)	32,5	(26,5-39,2)	1,7	(0,7-3,9)	0,2	(0,0-1,8)
<i>Wohnort</i>								
Land	51,2	(47,0-55,3)	44,0	(40,2-47,9)	3,9	(2,5-6,0)	0,9	(0,4-2,2)
Stadt	56,9	(52,5-61,1)	38,9	(35,8-42,1)	3,5	(2,1-5,8)	0,7	(0,2-2,7)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	50,3	(47,6-53,1)	44,3	(41,8-46,9)	4,3	(3,4-5,4)	1,0	(1,6-1,8)

Tabelle 2 Gemüseverzehr bei 3- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Jeden Tag		Mindestens einmal pro Woche		Seltener als einmal pro Woche		Nie	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	46,8	(43,4-50,2)	47,0	(43,6-50,5)	4,9	(3,7-6,5)	1,2	(0,7-2,2)
<i>Alter</i>								
3-6 Jahre	58,5	(52,6-64,2)	37,7	(32,2-43,6)	1,9	(0,8-4,4)	1,9	(0,7-4,7)
7-10 Jahre	49,3	(45,0-53,7)	48,3	(43,9-52,7)	1,9	(0,8-4,4)	0,4	(0,1-1,4)
11-13 Jahre	38,9	(33,7-44,4)	50,6	(45,1-56,1)	9,2	(6,1-13,7)	1,3	(0,2-7,1)
14-17 Jahre	34,1	(28,2-40,5)	55,1	(48,6-61,5)	9,4	(6,6-13,2)	1,4	(0,6-3,4)
<i>Sozialstatus</i>								
Niedrig	38,1	(30,1-46,7)	49,9	(43,5-56,2)	10,1	(6,0-16,5)	2,0	(0,6-6,0)
Mittel	47,4	(43,3-51,4)	47,5	(43,2-51,8)	3,9	(3,0-5,2)	1,2	(0,6-2,5)
Hoch	56,8	(52,0-61,5)	40,6	(35,6-45,7)	2,4	(1,4-4,2)	0,2	(0,0-1,7)
<i>Wohnort</i>								
Land	44,2	(39,6-49,0)	49,4	(44,2-54,6)	5,0	(3,7-6,7)	1,4	(0,7-2,9)
Stadt	49,2	(44,5-53,9)	44,8	(40,5-49,3)	4,9	(3,0-7,7)	1,1	(0,4-2,7)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	50,3	(47,6-53,1)	44,3	(41,8-46,9)	4,3	(3,4-5,4)	1,0	(1,6-1,8)

3.14 Süßigkeitenverzehr

Einleitung

Im Kindes- und Jugendalter ist eine ausgewogene Ernährung essenziell für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit. Bereits in jungen Jahren sind einige Krankheiten, wie etwa Adipositas, Karies oder Diabetes mellitus Typ 2, u. a. auf eine ungesunde Ernährung zurückzuführen (Holler 2000; Wechsler 2007; Finke 2013). Eine zu hohe Energieaufnahme durch eine überhöhte Zufuhr an Zucker und Fett sind dabei entscheidende Faktoren (RKI, BZgA 2008). Süßigkeiten, wie z. B. Schokolade, Zuckerwaren sowie Müsli- und Fruchteriegel, sind Lebensmittel, die viel Zucker und zum Teil viel Fett enthalten (Max Rubner-Institut 2008). Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Süßigkeiten nur selten und in geringen Mengen zu verzehren (DGE 2013). Weil sich Vorlieben für Lebensmittel schon in der frühen Kindheit ausbilden und die Entwicklung durch eine ausgewogene Ernährung unterstützt wird, ist die Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen von hoher Bedeutung (Mensink et al. 2007).

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurden Angaben zum Süßigkeitenverzehr von Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren durch die Eltern gemacht, Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren wurden selbst befragt. Die Eltern wurden dabei gefragt: „Wie oft isst Ihr Kind Süßigkeiten?“, die Jugendlichen wurden gefragt: „Wie oft isst du Süßigkeiten?“. Es gab vier Antwortmöglichkeiten: „jeden Tag“, „mindestens einmal pro Woche“, „seltener als einmal pro Woche“ und

„nie“. Im Folgenden wird auf Basis dieser Angaben der Süßigkeitenverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen dargestellt.

Die Tabellen geben die Häufigkeitsverteilung auf Basis der vier Antwortkategorien wieder. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ Mit 31,7% isst etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen in Thüringen jeden Tag Süßigkeiten; über die Hälfte isst nicht täglich, aber mindestens einmal pro Woche Süßigkeiten (54,9%).
- ▶ Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die seltener als einmal pro Woche Süßigkeiten essen, beträgt 13,4%.
- ▶ In keiner Altersgruppe zeichnen sich statistisch signifikante Geschlechtsunterschiede im Süßigkeitenverzehr ab.
- ▶ Der Anteil der Mädchen und Jungen mit einem täglichen Süßigkeitenverzehr nimmt über die Altersgruppen ab; 3- bis 6-Jährige essen signifikant häufiger jeden Tag Süßigkeiten als 14- bis 17-Jährige.
- ▶ Mädchen mit hohem Sozialstatus essen tendenziell häufiger jeden Tag Süßigkeiten als Mädchen mit niedrigem Sozialstatus; bei Jungen zeichnen sich keine bedeutsamen Statusunterschiede im täglichen Süßigkeitenverzehr ab.
- ▶ Es spiegeln sich keine signifikanten Unterschiede im täglichen Süßigkeitenverzehr nach dem Wohnort der Kinder wider.

Einordnung der Ergebnisse

Mit 31,7% isst etwa ein Drittel der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Thüringen täglich Süßigkeiten. In Deutschland insgesamt liegt dieser Anteil mit 38,1% signifikant höher. Dass im täglichen Süßigkeitenkonsum keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede vorliegen, ist auf Basis von KiGGS Welle 1 einheitlich für Thüringen und Deutschland insgesamt zu beobachten. Der Befund, dass Kinder häufiger täglich Süßigkeiten essen als Jugendliche, wird durch die Ergebnisse für Deutschland insgesamt ebenfalls gestützt. Die Daten der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) und der DONALD-Studie (1998-2002; Ernährungsstudie aus dem Raum Dortmund) zeigen ebenso, dass mit dem Alter der Süßigkeitenverzehr abnimmt; jedoch steigt dafür der Konsum von fettreichen Speisen wie Fast-Food-Produkten an (Kersting et al. 2004; Mensink et al. 2007). Darüber hinaus liefern die Ergebnisse aus Thüringen Hinweise auf soziale Unterschiede im täglichen Süßigkeitenverzehr zuungunsten von Mädchen mit hohem Sozialstatus; dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Daten aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt. Frühere Studien zeigen hingegen, dass Heranwachsende mit niedrigem Sozialstatus häufiger Süßigkeiten essen (Alexy et al. 2001; Armingeon 2002; Mensink et al. 2007).

Literatur

- Alexy U, Sichert-Hellert W, Kersting M et al. (2001) The foods most consumed by German children and adolescents: results of the DONALD-Study. *Ann Nutr Metab* 45: 128–134
- Armingeon K (2002) Soziale Ungleichheit. In: Nohlern D (Hrsg) *Kleines Lexikon der Politik*. Verlag C. H. Beck, München
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2013) *Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE*.

<http://www.dge.de/pdf/10-Regeln-der-DGE.pdf> (Stand: 10.08.2014)

- Finke CH (2013) Karies Entstehung und Prophylaxe. In: Jochum F (Hrsg) *Ernährungsmedizin Pädiatrie – Infusionstherapie und Diätetik*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 377–385
- Holler C (2000) Die Bedeutung der Ernährung in der Ätiologie und Prävention des Diabetes mellitus. *Journal für Ernährungsmedizin (Ausgabe für Österreich)* 2 (2): 24–28
- Kersting M, Alexy U, Kroke A, Lentze, MJ (2004) Kinderernährung in Deutschland. Ergebnisse der DONALD-Studie. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 47: 213–218
- Max Rubner-Institut (2008) *Nationale Verzehrsstudie II. Ergebnisbericht, Teil 2. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen*. Max Rubner-Institut, Karlsruhe.
http://www.was-esse-ich.de/uploads/media/NVSII_Abschlussbericht_Teil_2.pdf (Stand: 10.08.2014)
- Mensink GB, Kleiser C, Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50(5-6): 609–623
- Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. RKI, BZgA, Berlin, Köln
- Wechsler JG (2007) Stellenwert der Ernährung bei Adipositas. *Der Internist* 48 (10): 1093–1100

Tabelle 1 Süßigkeitenverzehr bei 3- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Jeden Tag		Mindestens einmal pro Woche		Seltener als einmal pro Woche		Nie	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	33,1	(30,3-36,0)	53,7	(50,7-56,7)	12,8	(11,2-14,5)	0,4	(0,2-0,9)
<i>Alter</i>								
3-6 Jahre	40,0	(35,1-45,1)	54,4	(48,5-60,3)	5,6	(3,5-8,8)	-	-
7-10 Jahre	36,2	(31,7-41,0)	53,0	(47,9-58,0)	10,6	(7,4-15,0)	0,2	(0,0-1,5)
11-13 Jahre	23,5	(19,5-27,9)	60,1	(54,7-65,3)	15,7	(11,9-20,3)	0,7	(0,2-2,5)
14-17 Jahre	27,9	(22,2-34,4)	47,9	(43,4-52,5)	23,1	(19,2-27,6)	1,0	(0,5-2,3)
<i>Sozialstatus</i>								
Niedrig	30,8	(25,0-37,3)	49,6	(43,4-55,8)	19,3	(14,5-25,3)	0,3	(0,0-2,1)
Mittel	32,9	(29,4-36,5)	55,3	(51,8-58,7)	11,4	(9,5-13,6)	0,5	(0,3-1,0)
Hoch	38,2	(31,7-45,2)	51,4	(45,5-57,2)	10,3	(7,6-14,0)	0,1	(0,0-0,5)
<i>Wohnort</i>								
Land	32,6	(28,1-37,4)	53,9	(48,9-58,9)	12,9	(10,5-15,6)	0,6	(0,3-1,5)
Stadt	33,6	(30,7-36,7)	53,4	(50,2-56,6)	12,7	(10,8-14,9)	0,2	(0,1-0,6)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	31,7	(29,6-33,9)	54,9	(53,0-56,8)	12,7	(11,5-14,0)	0,7	(0,4-1,2)

Tabelle 2 Süßigkeitenverzehr bei 3- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Jeden Tag		Mindestens einmal pro Woche		Seltener als einmal pro Woche		Nie	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	30,3	(27,5-33,4)	56,1	(53,4-58,7)	12,6	(11,0-14,5)	1,0	(0,5-1,9)
<i>Alter</i>								
3-6 Jahre	38,3	(32,8-44,2)	53,9	(48,7-59,0)	7,2	(4,6-11,1)	0,6	(0,2-2,0)
7-10 Jahre	36,1	(32,1-40,4)	57,7	(53,6-61,7)	5,9	(4,1-8,3)	0,3	(0,0-1,9)
11-13 Jahre	21,9	(17,4-27,1)	58,9	(52,4-65,1)	17,3	(13,8-21,6)	1,9	(0,4-7,8)
14-17 Jahre	18,7	(14,6-23,6)	54,3	(48,4-60,1)	25,4	(20,4-31,0)	1,7	(0,9-3,1)
<i>Sozialstatus</i>								
Niedrig	30,7	(23,9-38,4)	50,1	(42,0-58,1)	17,9	(13,5-23,3)	1,4	(0,4-5,3)
Mittel	30,1	(26,7-33,8)	57,4	(54,0-60,6)	11,5	(9,7-13,6)	1,0	(0,4-2,3)
Hoch	31,0	(25,4-37,2)	59,6	(53,1-65,8)	8,9	(6,4-12,4)	0,5	(0,1-2,1)
<i>Wohnort</i>								
Land	30,1	(26,3-34,3)	57,1	(53,5-60,6)	11,5	(9,6-13,7)	1,2	(0,5-3,0)
Stadt	30,5	(26,4-35,0)	55,1	(51,4-58,8)	13,6	(11,3-16,4)	0,7	(0,3-1,8)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	31,7	(29,6-33,9)	54,9	(53,0-56,8)	12,7	(11,5-14,0)	0,7	(0,4-1,2)

3.15 Körperliche Aktivität

Einleitung

Körperliche Aktivität umfasst jegliche durch die Skelettmuskulatur hervorbrachte körperliche Bewegung, die zu einem Anstieg des Energieverbrauchs über den Grundumsatz führt (Caspersen et al. 1985). Im Kindes- und Jugendalter ist regelmäßige körperliche Aktivität für die physische und psychische Gesundheit von großer Bedeutung (Janssen, LeBlanc 2010; Hinkley et al. 2014). Körperlich aktive Kinder haben verglichen mit körperlich inaktiven Kindern eine höhere Knochendichte sowie ein günstigeres kardiovaskuläres Risikoprofil, sind seltener übergewichtig und zeichnen sich durch ein höheres Maß an physischem Wohlbefinden aus (Hallal et al. 2006; Boreham, McKay 2011). Positive Auswirkungen von körperlicher Aktivität sind zudem für die schulische und kognitive Leistungsfähigkeit belegt (Lees, Hopkins 2013). Umgekehrt trägt ein gering ausgeprägtes körperliches Aktivitätsniveau zu körperlichen Beschwerden, motorischen Defiziten und zur Übergewichtsentwicklung bei (Rey-Lopez et al. 2008). Neben kurzfristigen Effekten gilt es auch langfristige zu berücksichtigen, die sich aus der körperlichen Aktivität im Kindes- und Jugendalter ergeben. Langzeituntersuchungen zeigen, dass sich ein in jungen Jahren etablierter aktiver Lebensstil häufig auch im Erwachsenenalter fortsetzt und damit das Risiko für die Entstehung von Krankheiten und Beschwerden verringert, die im Zusammenhang mit körperlicher Inaktivität stehen (Telama 2009).

Indikator

Daten zum Ausmaß körperlicher Aktivität stehen in KiGGS Welle 1 für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren zur Verfügung. Für Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren beantwortete ein Elternteil die Frage zur körperlichen Aktivität, während Jugendliche ab 11 Jahren selbst befragt wurden (Manz et al. 2014). Die Frage lautete: „An wie vielen Tagen einer normalen Woche ist Ihr Kind/bist Du für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?“. Die acht Antwortkategorien reichten von „an keinem Tag“ bis zu „7 Tage“. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt für Kinder und Jugendliche eine tägliche körperliche Aktivität von mindestens 60 Minuten, die eine mäßige bis anstrengende Intensität haben sollte (WHO 2010). Darüber hinaus sollten Übungen zur Kräftigung der Muskulatur durchgeführt werden.

In den Tabellen wird zum einen der Anteil der Kinder und Jugendlichen dargestellt, die täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind und somit die WHO-Empfehlung erfüllen. Zum anderen wird über den Anteil der Kinder und Jugendlichen mit relativ geringer körperlicher Aktivität berichtet, wobei hierunter all jene gefasst werden, die an weniger als zwei Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ Mit 31,0% ist etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen in Thüringen im Alter von 3 bis 17 Jahren täglich 60 Minuten körperlich aktiv und erfüllt damit die WHO-Empfehlung. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die seltener als an zwei Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, liegt bei 5,3%.
- ▶ Jungen sind mit 33,7% gegenüber 28,2% signifikant häufiger täglich körperlich aktiv als Mädchen. Auch im Hinblick auf ein gering ausgeprägtes Maß an regelmäßiger körperlicher Aktivität zeichnen sich signifikante Geschlechtsunterschiede zugunsten der Jungen ab (4,1% vs. 6,5%).
- ▶ Bei beiden Geschlechtern nimmt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die täglich körperlich aktiv sind, mit zunehmendem Alter ab, während der Anteil derjenigen, die selten körperlich aktiv sind, zunimmt.
- ▶ Zwischen der Verbreitung täglicher körperlicher Aktivität und dem sozialen Status der Familie sowie dem Wohnort besteht kein signifikanter Zusammenhang.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen erreicht mit 31,0% fast ein Drittel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren die von der WHO empfohlenen 60 Minuten körperlicher Aktivität am Tag. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegt dieser Anteil signifikant höher; hier erreicht etwas mehr als ein Viertel der Heranwachsenden (27,5%) diese Empfehlung (Manz et al. 2014). Dass mit zunehmendem Alter der Anteil derjenigen Kinder, die täglich 60 Minuten körperlich aktiv sind, abnimmt, wird durch die Ergebnisse für Deutschland insgesamt gestützt. Der Befund, dass Jungen häufiger jeden Tag für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind als Mädchen, steht ebenfalls im Einklang

mit den Resultaten für Deutschland insgesamt (Manz et al. 2014). Auch andere Studien sprechen für ein mit zunehmendem Alter abnehmendes Aktivitätsniveau und für insgesamt niedrigere Aktivitätslevel bei Mädchen (Currie et al. 2012). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die hier eingesetzte Frage zur körperlichen Aktivität die WHO-Empfehlung nicht vollständig abbildet (Manz et al. 2014). Denn diese beinhaltet zusätzlich eine Intensitätsvorgabe, der zufolge Aktivität mäßig bis sehr anstrengend sein sollte, sowie die Vorgabe, dass Kräftigungsübungen an drei Tagen der Woche ausgeführt werden sollten (WHO 2010). Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass etwa zwei Drittel der Mädchen und Jungen in Thüringen die von der WHO empfohlenen 60 Minuten tägliche körperliche Aktivität nicht erreichen; die Ergebnisse weisen damit auf Präventionspotentiale hin. In Deutschland existieren bereits zahlreiche Programme zur Förderung der körperlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen (Jordan et al. 2012). Viele Maßnahmen orientieren sich am sogenannten Settingansatz der Gesundheitsförderung und versuchen, z. B. in Kitas und Schulen, die Lebenswelt und den Alltag von Mädchen und Jungen bewegungsfreundlicher zu gestalten. Auch innerhalb des nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ ist der Aspekt der Bewegungsförderung von zentraler Bedeutung (BMG 2010). Um negative Folgen von Bewegungsmangel zu verhindern, sollten Angebote zur Erhöhung der körperlichen Aktivität bereits in der frühen Kindheit ansetzen (Manz et al. 2014). Vor diesem Hintergrund wurde in Thüringen eigens eine Bewegungsstrategie für Kinder ins Leben gerufen (TMSFG et al. 2013). Die Durchführung des Programms „Bewegte Kinder – fit für Thüringen“, das sich vor allem auf 3- bis 10-jährige Kinder konzentriert, ist zunächst für den Zeitraum von 2015 bis 2020 geplant.

Literatur

- Boreham CA, McKay HA (2011) Physical activity in childhood and bone health. *Br J Sports Med* 45 (11): 877–879
- Bundesministerium für Gesundheit (2010) Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. BMG, Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de
(Stand: 29.09.2014)
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM (1985) Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 100 (2): 126–131
- Currie C, Zanotti C, Morgan A et al. (Hrsg) (2012) Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No 6. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
www.hbsc.org (Stand: 29.09.2014)
- Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR et al. (2006) Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Med* 36 (12): 1019–1030
- Hinkley T, Teychenne M, Downing KL et al. (2014) Early childhood physical activity, sedentary behaviors and psychosocial well-being: a systematic review. *Prev Med* 62: 182–192
- Janssen I, LeBlanc AG (2010) Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act* 7: 40
- Jordan S, Weiß M, Krug S et al. (2012) Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 55 (1): 73–81
- Lees C, Hopkins J (2013) Effect of aerobic exercise on cognition, academic achievement, and psychosocial function in children: a systematic review of randomized control trials. *Prev Chron Dis* 10: E174
- Manz K, Schlack R, Poethko-Müller C et al. (2014) Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 840–848
- Rey-Lopez JP, Vicente-Rodriguez G, Biosca M et al. (2008) Sedentary behaviour and obesity development in children and adolescents. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 18 (3): 242–251
- Telama R (2009) Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review. *Obes Facts* 2 (3): 187–195
- Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V., Landessportbund Thüringen (2013) „Bewegte Kinder – fit für Thüringen“. Thüringer Bewegungsstrategie für Kinder 2015 – 2020
www.thueringen.de (Stand: 29.09.2014)
- World Health Organization (2010) Global recommendations on physical activity for health. WHO, Geneva
www.who.int (Stand: 29.09.2014)

Tabelle 1 Körperliche Aktivität bei 3- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv („WHO-Empfehlung erfüllt“)		Seltener als an zwei Tagen pro Woche 60 Minuten körperlich aktiv	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	28,2	(25,9-30,5)	6,5	(5,3-7,9)
<i>Alter</i>				
3-6 Jahre	48,1	(44,1-52,1)	3,6	(2,4-5,5)
7-10 Jahre	31,4	(26,6-36,6)	5,3	(3,2-8,9)
11-13 Jahre	15,2	(11,7-19,5)	7,6	(5,2-11,0)
14-17 Jahre	7,7	(5,2-11,2)	11,1	(8,7-14,1)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	32,7	(26,7-39,3)	6,9	(4,0-11,7)
Mittel	26,6	(23,7-29,7)	6,5	(5,3-8,1)
Hoch	30,6	(25,7-36,0)	4,8	(3,1-7,3)
<i>Wohnort</i>				
Land	28,7	(25,0-32,7)	6,9	(5,1-9,3)
Stadt	27,6	(25,2-30,1)	6,1	(4,9-7,7)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	31,0	(29,4-32,7)	5,3	(4,6-6,1)

Tabelle 2 Körperliche Aktivität bei 3- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv („WHO-Empfehlung erfüllt“)		Seltener als an zwei Tagen pro Woche 60 Minuten körperlich aktiv	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	33,7	(31,3-36,3)	4,1	(3,3-5,2)
<i>Alter</i>				
3-6 Jahre	54,8	(48,4-61,0)	3,5	(1,9-6,3)
7-10 Jahre	34,0	(29,6-38,7)	3,0	(1,9-4,6)
11-13 Jahre	23,3	(18,4-29,0)	3,9	(2,0-7,6)
14-17 Jahre	13,1	(10,2-16,7)	6,8	(4,5-10,1)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	33,7	(28,8-39,0)	6,0	(3,7-9,5)
Mittel	33,9	(30,6-37,3)	4,0	(2,9-5,3)
Hoch	34,4	(29,9-39,3)	2,2	(1,2-4,2)
<i>Wohnort</i>				
Land	35,9	(32,2-39,8)	4,2	(3,1-5,6)
Stadt	31,7	(28,5-35,1)	4,0	(2,8-5,8)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	31,0	(29,4-32,7)	5,3	(4,6-6,1)

3.16 Sportliche Aktivität

Einleitung

Ausreichend Bewegung ist für die gesunde Entwicklung im Kindes- und Jugendalter von großer Bedeutung. Kinder haben einen natürlichen Bewegungsdrang, der sowohl durch alltägliche körperliche Aktivität als auch durch gezielte Sportausübung gedeckt werden kann. Sport kann dabei als spezifische Form körperlicher Aktivität bezeichnet werden, die häufig spielerischen oder Wettbewerbscharakter hat und mitunter das Ziel des Leistungserhalts oder der Leistungssteigerung verfolgt (Caspersen et al. 1985; USDHHS 1996). Je nachdem, welche Sportart ausgeübt wird, können dabei ganz unterschiedliche motorische Fähigkeiten trainiert werden, z. B. Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit und Reaktionsvermögen. Positive gesundheitliche Auswirkungen sind für das Herz-Kreislaufsystem sowie den Muskel- und Skelettsystem belegt (USDHHS 1996; Janssen, LeBlanc 2010). Darüber hinaus trägt Sport zur Persönlichkeitsentwicklung und zum psychosozialen Wohlbefinden bei (Eime et al. 2013). Durch die Mitgliedschaft in einem Sportverein können Kinder und Jugendliche Kontakte außerhalb von Familie, Kita und Schule knüpfen und wichtige soziale Kompetenzen erwerben (Diehl et al. 2014). Zudem kann Sport einen Beitrag zur Integration leisten (BMI 2010). Zu den gesundheitlichen Risiken des Sports zählen Verletzungen sowie Beschwerden infolge von Über- und Fehlbelastungen (DGSP 2013).

Indikator

Daten zum Ausmaß sportlicher Aktivität stehen in KiGGS Welle 1 für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren zur Verfügung. Für Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren

beantwortete ein Elternteil die Fragen zur sportlichen Aktivität, während Jugendliche ab 11 Jahren selbst befragt wurden. Die sportliche Aktivität wurde mit der Frage „Treibt Ihr Kind/treibst Du Sport?“ erhoben (Antwortkategorien: „ja“, „nein“). Sport in Kindertageseinrichtungen sowie Schulsport sollte dabei explizit nicht berücksichtigt werden. Darüber hinaus wurden noch weitere Fragen zur Sportart, zur Häufigkeit und zum zeitlichen Umfang der Sportausübung gestellt. In diesem Zusammenhang wurde auch gefragt, ob die jeweilige Sportart innerhalb oder außerhalb eines Vereins ausgeübt wird (Manz et al. 2014).

In den Tabellen wird zum einen der Anteil der Kinder und Jugendlichen dargestellt, die generell Sport treiben, zum anderen wird der Anteil der Kinder und Jugendlichen ausgewiesen, die im Verein sportlich aktiv sind. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ 69,8% der Kinder und Jugendlichen in Thüringen treiben Sport, 46,0% sind in einem Sportverein aktiv.
- ▶ Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zeichnen sich nur in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen ab: Mädchen sind in diesem Alter seltener sportlich aktiv als Jungen (71,7% vs. 82,3%).
- ▶ Kinder zwischen 3 und 6 Jahren treiben seltener Sport und sind seltener in einem Sportverein aktiv als ältere Kinder und Jugendliche.
- ▶ Zwischen dem Sozialstatus und der sportlichen Aktivität besteht ein signifikanter

Zusammenhang: Je niedriger der soziale Status der Familie, desto geringer ist der Anteil an Mädchen und Jungen, die Sport treiben oder in einem Sportverein aktiv sind.

- Nach dem Wohnort der Jugendlichen ergeben sich keine bedeutsamen Unterschiede in der Sportausübung.

Einordnung der Ergebnisse

Die Daten aus KiGGS Welle 1 zeigen, dass in Thüringen 69,8% der Mädchen und Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren Sport treiben. Etwas weniger als die Hälfte (46,0%) ist dabei in einem Sportverein aktiv. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegen diese Anteile signifikant niedriger; hier sind 77,5% der Gleichaltrigen sportlich aktiv, 59,7% in einem Sportverein (Manz et al. 2014). Auf eine hohe Sportbeteiligung in Kindheit und Jugend weisen auch die Ergebnisse der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) 2009/2010 für Schülerinnen und Schüler im Alter von 11, 13 und 15 Jahren hin (HBSC-Team Deutschland 2011). Der Befund, dass in Thüringen Jungen im Jugendalter häufiger sportlich aktiv sind als Mädchen, wird durch die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt und durch die HBSC-Daten gestützt (HBSC-Team Deutschland 2011; Manz et al. 2014). Darüber hinaus weisen die Ergebnisse aus Thüringen auf stark ausgeprägte soziale Unterschiede in der sportlichen Aktivität zum Nachteil von Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus hin; auch dieser Befund steht im Einklang mit den Ergebnissen aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt und der HBSC-Studie (HBSC-Team Deutschland 2011; Manz et al. 2014). Um gerade diese Kinder und Jugendlichen zu erreichen, werden zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Förderung der sportlichen Aktivität in jungen Jahren benötigt. Mit dem Ziel, die Gesundheit von Kindern durch mehr Bewegung und Sport zu verbesser-

tern, wurde in Thüringen eigens eine Bewegungsstrategie für Kinder ins Leben gerufen (TMSFG et al. 2013). Die Durchführung des Programms „Bewegte Kinder – fit für Thüringen“, das sich vor allem auf Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren konzentriert, ist zunächst für den Zeitraum von 2015 bis 2020 geplant.

Literatur

- Bundesministerium des Innern (2010) 12. Sportbericht der Bundesregierung. BMI, Berlin
www.bmi.bund.de (Stand: 29.09.2014)
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM (1985) Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep 100 (2): 126–131
- Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention - Deutscher Sportärztebund (2013) Prävention von Überlastungsschäden im Kinder und Jugendsport. DGSP, Frankfurt am Main
www.dgsp.de (Stand: 29.09.2014)
- Diehl K, de Bock F, Schneider S (2014) Bedeutung der sportlichen Aktivität für Kinder und Jugendliche aus soziologischer und pädagogischer Perspektive. In: Becker S (Hrsg) Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit. Springer VS, Wiesbaden, S 311–329
- Eime RM, Young JA, Harvey JT et al. (2013) A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. Int J Behav Nutr Phys Act 10: 98
- HBSC-Team Deutschland (2011) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Sportliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen“. WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion, Bielefeld

Lampert T, Mensink GBM, Romahn N et al. (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 634–642

Manz K, Schlack R, Poethko-Müller C et al. (2014) Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 840–848

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V., Landessportbund Thüringen (2013) „Bewegte Kinder – fit für Thüringen“. Thüringer Bewegungsstrategie für Kinder 2015-2020.

www.thueringen.de (Stand: 29.09.2014)

U.S. Department of Health and Human Services (1996) Physical activity and health: a report of the Surgeon General. USDHHS, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta
www.cdc.gov (Stand: 29.09.2014)

Tabelle 1 Sportliche Aktivität bei 3- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Sportlich aktiv		Sport im Verein	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	67,8	(65,0-70,4)	43,4	(40,0-46,9)
<i>Alter</i>				
3-6 Jahre	54,7	(48,3-60,9)	30,5	(25,1-36,5)
7-10 Jahre	70,7	(66,6-74,5)	49,4	(44,8-53,9)
11-13 Jahre	78,9	(72,6-84,0)	50,5	(42,1-58,7)
14-17 Jahre	71,7	(66,4-76,5)	46,7	(40,8-52,6)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	52,7	(46,0-59,4)	33,4	(27,3-40,1)
Mittel	69,9	(66,7-72,8)	43,8	(39,7-47,9)
Hoch	77,9	(72,9-82,2)	54,9	(48,5-61,1)
<i>Wohnort</i>				
Land	68,0	(64,2-71,5)	42,8	(37,7-47,9)
Stadt	67,5	(63,6-71,3)	44,1	(39,5-48,9)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	69,8	(67,7-71,8)	46,0	(43,2-48,8)

Tabelle 2 Sportliche Aktivität bei 3- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Sportlich aktiv		Sport im Verein	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	71,8	(68,5-74,8)	48,4	(45,0-51,8)
<i>Alter</i>				
3-6 Jahre	53,6	(47,8-59,2)	25,9	(21,8-30,6)
7-10 Jahre	75,8	(70,4-80,5)	56,6	(52,1-60,9)
11-13 Jahre	82,1	(77,0-86,2)	62,5	(56,0-68,6)
14-17 Jahre	82,3	(77,0-86,6)	55,5	(48,7-62,2)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	58,2	(49,1-66,8)	29,1	(23,2-35,7)
Mittel	73,0	(70,0-75,9)	50,1	(46,1-54,0)
Hoch	81,7	(77,0-85,6)	65,4	(59,8-70,6)
<i>Wohnort</i>				
Land	71,0	(66,3-75,3)	46,9	(42,3-51,5)
Stadt	72,4	(67,9-76,6)	49,7	(44,9-54,6)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	69,8	(67,7-71,8)	46,0	(43,2-48,8)

3.17 Mediennutzung

Einleitung

In den vergangenen Jahren hat das Angebot an elektronischen Medien kontinuierlich zugenommen. Kinder und Jugendliche wachsen heute mit digitalen Technologien wie dem Internet auf und nutzen die vielfältigen Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und Kommunikation mit elektronischen Medien (Gleich 2013; MPFS 2013). Ein kompetenter Umgang mit elektronischen Medien wird auch in Schule, Ausbildung und Studium immer wichtiger. Hinsichtlich der gesundheitlichen Bedeutung intensiver Mediennutzung wird darüber diskutiert, inwieweit eine starke Mediennutzung mit Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung einhergeht, Faktoren, die wiederum maßgeblich das Auftreten von Übergewicht und Adipositas beeinflussen (Burrmann 2003; Lampert et al. 2007; Strasburger 2011; Manz et al. 2014). Weitere gesundheitliche Risiken, die möglicherweise mit bestimmten Formen der Mediennutzung zusammenhängen, sind reduzierte Schlaf- und Erholungszeiten, Defizite im Bereich der motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung, Gewaltverhalten in der Folge von Gewaltmedienkonsum und Cybermobbing (Schlack 2013).

Indikator

Um das Mediennutzungsverhalten differenziert zu erfassen, wurden Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren in KiGGS Welle 1 gefragt, wie lange sie sich durchschnittlich pro Tag mit folgenden Dingen befassen: „Fernsehen/Video“, „Computer/Internet“, „Spielekonsole“, „Handy“. Die vorgegebenen Antwortkategorien lauteten: „gar nicht“, „bis zu 1 Stunde“, „bis zu 2 Stunden“, „bis zu 3 Stunden“, „bis zu

4 Stunden“, „mehr als 4 Stunden“ (Manz et al. 2014).

In den Tabellen wird der Anteil der Jugendlichen in Thüringen ausgewiesen, die jeden Tag mehr als zwei Stunden mit der Nutzung von Fernsehen/Video, Computer/Internet, Spielekonsole und Handy verbringen. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ Insgesamt verbringen 37,5% der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in Thüringen mehr als 2 Stunden pro Tag mit „Fernsehen/Video“. Die entsprechenden Anteile für die Medien „Computer/Internet“, „Spielekonsole“ und „Handy“ liegen bei 27,3%, 7,6% und 23,0%.
- ▶ Jungen nutzen häufiger Spielekonsolen in ihrer Freizeit, während Mädchen eine stärkere Handynutzung aufweisen. Darüber hinaus zeigen sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.
- ▶ Im Vergleich zu den 11- bis 13-Jährigen beschäftigt sich von den 14- bis 17-Jährigen ein deutlich größerer Anteil mehr als 2 Stunden pro Tag mit den verschiedenen elektronischen Medien.
- ▶ Mädchen mit niedrigem Sozialstatus verbringen signifikant mehr Zeit mit den verschiedenen elektronischen Medien als Mädchen mit hohem Sozialstatus. Dies zeigt sich tendenziell auch bei Jungen.
- ▶ Jugendliche, die auf dem Land leben, unterscheiden sich in ihrem Mediennutzungsverhalten nicht bedeutsam von gleichaltrigen Stadtkindern.

Einordnung der Ergebnisse

Die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 zeigen, dass viele der 11- bis 17-Jährigen in Thüringen mehr als 2 Stunden täglich mit verschiedenen elektronischen Medien beschäftigt sind (Fernsehen/Video: 37,5%, Computer/Internet: 27,3%, Spielkonsole: 7,6%). Die Ergebnisse für Thüringen liegen dabei auf einem ähnlichen Niveau wie in Deutschland insgesamt; hier betragen die entsprechenden Anteile 33,8% (Fernsehen/Video), 26,7% (Computer/Internet) und 6,8% (Spielkonsole). Einzig der Anteil an Jugendlichen, die täglich mehr als 2 Stunden ihr Handy nutzen, liegt im Bundesdurchschnitt signifikant niedriger als in Thüringen (17,3% vs. 23,0%). Die Befunde aus Thüringen zum Mediennutzungsverhalten differenziert nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus werden ebenfalls durch die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt gestützt. So zeigt sich für Thüringen und Deutschland insgesamt, dass Jungen häufiger Spielekonsolen nutzen, während Mädchen eine stärkere Handynutzung aufweisen (zusätzlich zeigt sich in Deutschland insgesamt, dass Jungen häufiger Fernsehen/Video schauen als Mädchen). Die in Thüringen beobachteten Altersunterschiede zum Nachteil älterer Jugendlicher sind auf Basis der Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 auch für Deutschland insgesamt festzustellen. Zudem treten einheitlich und dabei zum Teil deutliche soziale Unterschiede zuungunsten von Jugendlichen der niedrigen Statusgruppe auf; dies zeigt sich in Thüringen insbesondere für Mädchen. Insgesamt liefern die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 für Thüringen Hinweise darauf, dass ein hoher Anteil der 11- bis 17-Jährigen mehr als 2 Stunden am Tag verschiedene elektronische Medien nutzt. Die Gesamtnutzungsdauer für die verschiedenen Mediengruppen dürfte dabei noch um einiges höher liegen (Manz et al. 2014).

Literatur

- Burmann U (2003) Mediennutzung statt Sport treiben? Stimmt die geläufige Argumentation: Medienfreaks sind Sportmuffel und Körperwracks. Sportunterricht 52 (6): 163–167
- Gleich U (2013) Kommunikation mit Medien: Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen. In: Vogel IC (Hrsg) Kommunikation in der Schule. Klinkhardt UTB, Bad Heilbrunn, S 307–328
- Lampert T, Sygusch R, Schlack R (2007) Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 643–652
- Manz K, Schlack R, Poethko-Müller C et al. (2014) Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 840–848
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg) (2013) JIM 2013. Jugend, Information, (Multi-) Media. Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland MPFS, Stuttgart
- Schlack R (2013) Nutzungsmuster elektronischer Medien und Zusammenhänge mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Henry-Hutmacher C, Hoffmann E (Hrsg) Erziehung in der Wohlstandsgesellschaft. Aufwachsen mit Konsum und Medien. Konrad-Adenauer-Stiftung e. V., Sankt Augustin, Berlin, S 88–100
- Strasburger VC (2011) Children, adolescents, obesity, and the media. Pediatrics 128 (1): 201–208

Tabelle 1 Häufigkeit der Nutzung elektronischer Medien bei 11- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Fernsehen/Video (mehr als 2 Std/Tag)		Computer/Internet (mehr als 2 Std/Tag)		Spielekonsole (mehr als 2 Std/Tag)		Handy (mehr als 2 Std/Tag)	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)		
Mädchen	35,2	(31,2-39,4)	27,1	(23,8-30,6)	1,7	(1,0-3,1)	29,4	(25,7-33,5)
<i>Alter</i>								
11-13 Jahre	27,3	(22,5-32,7)	17,5	(13,9-21,8)	1,4	(0,4-4,2)	17,0	(13,2-21,6)
14-17 Jahre	42,2	(36,7-48,0)	35,6	(30,9-40,5)	2,1	(0,9-4,6)	40,5	(35,3-46,0)
<i>Sozialstatus</i>								
Niedrig	44,9	(36,2-53,9)	32,7	(25,2-41,2)	4,5	(1,5-12,5)	39,7	(29,4-51,1)
Mittel	36,5	(32,9-40,3)	27,9	(23,8-32,4)	1,3	(0,6-2,9)	28,7	(24,4-33,4)
Hoch	18,1	(11,8-26,8)	17,1	(11,6-24,5)	-	-	17,4	(11,4-25,6)
<i>Wohnort</i>								
Land	34,6	(30,0-39,6)	24,2	(20,7-28,1)	1,6	(0,7-3,9)	30,0	(24,8-35,7)
Stadt	35,8	(29,4-42,8)	30,2	(25,2-35,8)	1,9	(0,9-4,0)	28,8	(23,6-34,7)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	37,5	(34,5-40,5)	27,3	(24,9-29,9)	7,6	(6,3-9,2)	23,0	(20,4-25,8)

Tabelle 2 Häufigkeit der Nutzung elektronischer Medien bei 11- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Fernsehen/Video (mehr als 2 Std/Tag)		Computer/Internet (mehr als 2 Std/Tag)		Spielekonsole (mehr als 2 Std/Tag)		Handy (mehr als 2 Std/Tag)	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)		
Jungen	39,6	(36,3-43,0)	27,6	(24,3-31,1)	13,2	(10,5-16,5)	16,9	(14,0-20,1)
<i>Alter</i>								
11-13 Jahre	31,4	(26,2-37,1)	13,8	(10,4-18,2)	8,9	(6,3-12,5)	6,9	(4,7-9,9)
14-17 Jahre	47,1	(42,9-51,2)	40,0	(35,3-45,0)	17,1	(12,6-22,8)	25,9	(20,9-31,7)
<i>Sozialstatus</i>								
Niedrig	45,2	(35,5-55,2)	29,4	(21,4-38,9)	18,1	(10,5-29,6)	32,5	(25,3-40,8)
Mittel	39,0	(35,5-42,6)	28,1	(24,5-32,0)	11,9	(9,2-15,1)	13,6	(10,6-17,4)
Hoch	32,3	(25,1-40,3)	21,3	(15,7-28,3)	10,3	(6,7-15,5)	7,5	(3,9-14,0)
<i>Wohnort</i>								
Land	38,7	(35,0-42,6)	26,1	(22,1-30,5)	11,0	(7,5-15,9)	17,8	(13,9-22,5)
Stadt	40,4	(35,1-45,9)	29,0	(24,1-34,4)	15,2	(11,5-19,7)	16,0	(12,2-20,7)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	37,5	(34,5-40,5)	27,3	(24,9-29,9)	7,6	(6,3-9,2)	23,0	(20,4-25,8)

3.18 Alkoholkonsum

Einleitung

Übermäßiger und häufiger Alkoholkonsum gefährdet die Gesundheit und geht mit einem erhöhten Risiko für eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen und psychischer Störungen einher (RKI 2008; Anderson et al. 2012; Gaertner et al. 2014). Zudem steigt unter Alkoholeinfluss die Gefahr von Unfällen, Verletzungen und gewalttätigen Auseinandersetzungen. In Maßen getrunken ist Alkohol ein gesellschaftlich weithin akzeptiertes Genussmittel, weshalb das Erlernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol eine wichtige Entwicklungsaufgabe des Jugendalters darstellt (Hurrelmann, Settertobulte 2008; Petermann, Helbig 2008). Dabei kann Alkohol bei Jugendlichen aufgrund der erhöhten Vulnerabilität des noch nicht ausgereiften Organismus zu gravierenden gesundheitlichen Schäden führen (Riegg, Pogarell 2012). Darüber hinaus sind soziale Probleme wie Schwierigkeiten in der Schule oder Auseinandersetzungen mit Freunden oder Eltern oftmals Folge des Alkoholkonsums im Jugendalter (Kraus et al. 2011). Studien deuten darauf hin, dass ein früher Einstieg und übermäßiger Alkoholkonsum in jungen Jahren die Wahrscheinlichkeit problematischen Alkoholkonsums im späteren Leben und das Risiko für eine Alkoholabhängigkeit erhöhen (Dawson et al. 2008; Rossow, Kuntsche 2013). Jugendliche stellen daher eine wichtige Zielgruppe der Alkoholprävention dar.

Indikator

Der Alkoholkonsum wurde in KiGGS Welle 1 anhand von vier Fragen erhoben (Lampert et al. 2014). Um die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums zu erfassen, wurden zunächst

alle Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren gefragt: „Hast du schon einmal Alkohol getrunken?“ (Antwortkategorien: „ja“, „nein“). Darüber hinaus wurde das aus drei Fragen bestehende, international etablierte AUDIT-C-Instrument eingesetzt (Bush et al. 1998). Hierbei handelt es sich um einen Kurzfragebogen des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), der zur Erfassung des riskanten Alkoholkonsums und zur Verbreitung des Rauschtrinkens verwendet wird. Die drei Fragen des AUDIT-C-Instruments sind: 1. „Wie oft nimmst du ein alkoholisches Getränk zu dir?“ (Antwortkategorien: „nie“, „einmal pro Monat oder seltener“, „2 bis 4 mal im Monat“, „2 bis 3 mal pro Woche“, „4 mal pro Woche oder öfter“), 2. „Wenn du Alkohol trinkst, wie viele alkoholische Getränke trinkst du dann üblicherweise an einem Tag?“ (Antwortkategorien: „1 bis 2“, „3 bis 4“, „5 bis 6“, „7 bis 9“, „10 oder mehr alkoholische Getränke“) und 3. „Wie oft trinkst du sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, z. B. auf einer Party?“ (Antwortkategorien: „nie“, „seltener als einmal im Monat“, „jeden Monat“, „jede Woche“, „jeden Tag oder fast jeden Tag“). Entsprechend der Instrumentenvorgaben wurden die Antwortkategorien der drei Einzelfragen jeweils aufsteigend mit Punktwerten von 0 bis 4 versehen und anschließend aufsummiert (Saunders et al. 1993; Bush et al. 1998). Die Spannweite des auf diese Weise gebildeten Summenscores reicht demnach von 0 bis 12. Von riskantem Alkoholkonsum ist bei einem Summenscore von ≥ 4 bei Mädchen und ≥ 5 bei Jungen auszugehen (Hapke et al. 2013; Rumpf et al. 2013). Die Verbreitung des Rauschtrinkens wird anhand der dritten Einzelfrage des AUDIT-C-Instruments bestimmt. Von regelmäßigem Rauschtrinken ist im Folgenden die Rede, wenn die Jugendlichen an-

gaben, mindestens einmal im Monat oder häufiger 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu konsumieren.

In den Tabellen werden neben der Lebenszeitprävalenz Angaben zum Risikokonsum und zum regelmäßigen Rauschtrinken gemacht. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ 62,3% der 11- bis 17-Jährigen in Thüringen haben schon einmal Alkohol getrunken. Ein riskanter Alkoholkonsum ist bei 15,9% der Jugendlichen festzustellen, regelmäßiges Rauschtrinken wird von 13,0% der Jugendlichen praktiziert.
- ▶ Für alle drei Indikatoren des Alkoholkonsums sind mit zunehmendem Alter stark ansteigende Prävalenzen zu beobachten.
- ▶ In Bezug auf die Häufigkeit des Alkoholkonsums liegen kaum geschlechtsspezifische Unterschiede vor; lediglich bei den 14- bis 17-Jährigen zeigt sich, dass Jungen häufiger als Mädchen zu regelmäßigem Rauschtrinken neigen (28,2% vs. 19,0%).
- ▶ Jungen der niedrigen Statusgruppe weisen tendenziell einen häufigeren Alkoholkonsum auf als Jungen der hohen Statusgruppe; bei Mädchen zeichnet sich diese Tendenz nicht ab.
- ▶ Jungen auf dem Land trinken häufiger Alkohol als Jungen in der Stadt; beim riskanten Alkoholkonsum sind die Unterschiede statistisch signifikant (19,3% vs. 11,0%). Bei Mädchen besteht kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Wohnort und dem Alkoholkonsum.

Einordnung der Ergebnisse

Die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 zeigen, dass in Thüringen 62,3% der Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren schon einmal Alkohol getrunken haben. In Deutschland insgesamt fällt der entsprechende Anteil mit 54,4% signifikant niedriger aus (Lampert et al. 2014; RKI 2014). Im Gegensatz zur Lebenszeitprävalenz zeichnen sich beim riskanten Alkoholkonsum (15,9% bzw. 13,0%) und regelmäßigen Rauschtrinken (15,8% bzw. 11,5%) keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Jugendlichen in Thüringen und Deutschland insgesamt ab (Lampert et al. 2014; RKI 2014). Mit Blick auf Geschlechtsunterschiede weisen die Daten für Thüringen ausschließlich auf Unterschiede beim regelmäßigen Rauschtrinken in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen zuungunsten von Jungen hin; dieser Befund steht im Einklang mit den Ergebnissen für Deutschland insgesamt (Lampert et al. 2014; RKI 2014). Die Ergebnisse stratifiziert nach Sozialstatus deuten in Bezug auf alle drei Indikatoren darauf hin, dass Jungen der niedrigen im Vergleich zu Jungen der hohen Statusgruppe tendenziell einen höheren Alkoholkonsum aufweisen; bei Mädchen spiegeln sich diese Unterschiede zwischen den Statusgruppen nicht wider. Des Weiteren weisen die Ergebnisse auf die Tendenz hin, dass Jungen in ländlichen Regionen einen höheren Alkoholkonsum aufweisen als Jungen in städtischen Gebieten; dies gilt vor allem für den riskanten Alkoholkonsum und das regelmäßige Rauschtrinken. Zu beachten ist bei der Einordnung der Ergebnisse, dass die Definition der Schwellenwerte wie bei den RKI-Surveys in Bezug auf Erwachsene in Anlehnung an internationale Vorgaben erfolgte (Reinert, Allen 2007; Gual et al. 2013; Hapke et al. 2013). Ein AUDIT-C-Gesamtwert (Punktwert, ab dem das eingesetzte Instrument auf einen riskanten Alkoholkonsum verweist) unterhalb der definierten Schwellenwerte ist für die hier betrachtete Altersgruppe von 11 bis 17 Jahren jedoch nicht mit risikoarmem Alko-

halkonsum gleichzusetzen. Gemäß den Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sollten Jugendliche Alkohol weitgehend meiden; etablierte Grenzwerte für risikoarmen Konsum existieren für sie nicht (Seitz et al. 2008).

Literatur

- Anderson P, Moller L, Galea G (Hrsg) (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
- Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 158 (16): 1789–1795
- Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP et al. (2008) Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. Alcohol Clin Exp Res 32 (12): 2149–2160
- Gaertner B, Meyer C, John U et al. (2014) Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2014. Pabst, Lengerich, S 37–63
- Hapke U, von der Lippe E, Gaertner B (2013) Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 56 (5/6): 809–813
- Hurrelmann K, Settertobulte W (2008) Alkohol im Spannungsfeld von kultureller Prägung und Problemverhalten. APuZ 28/2008: 9–14
- Kraus L, Pabst A, Piontek D (2011) Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Band 181. IFT Institut für Therapieforschung, München www.ift.de (Stand: 29.09.2014)
- Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 830–839
- Petermann F, Helbig S (2008) Entwicklungsaufgabe "Substanzgebrauch": Bewältigungskompetenzen und Ressourcenförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Sucht aktuell (2/2008): 14–19
- Riegg F, Pogarell O (2012) Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Pädiatrische Praxis 79 (1): 137–145
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Alkoholkonsum. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 40. RKI, Berlin www.rki.de (Stand: 29.09.2014)
- Rossow I, Kuntsche E (2013) Early onset of drinking and risk of heavy drinking in young adulthood - a 13-year prospective study. Alcohol Clin Exp Res 37 (Suppl 1): E297–304
- Rumpf HJ, Wohlert T, Freyer-Adam J et al. (2013) Screening questionnaires for problem drinking in adolescents: performance of AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and POSIT. Eur Addict Res 19 (3): 121–127
- Seitz HK, Bühringer G, Mann K (2008) Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftli-

chen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche
Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg)
Jahrbuch Sucht 2008. Neuland, Geest-
hacht, S 205–209

Tabelle 1 Verbreitung des Alkoholkonsums bei 11- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz		Risikokonsum		Regelmäßiges Rauschtrinken	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	62,2	(58,1-66,1)	17,0	(14,6-19,8)	10,5	(8,7-12,5)
<i>Alter</i>						
11-13 Jahre	30,2	(26,0-34,8)	2,5	(1,4-4,6)	0,9	(0,3-2,5)
14-17 Jahre	90,7	(86,7-93,5)	30,0	(25,3-35,2)	19,0	(15,7-22,8)
<i>Sozialstatus</i>						
Niedrig	61,6	(49,8-72,1)	15,0	(10,1-21,7)	9,7	(5,4-16,8)
Mittel	62,3	(57,5-66,9)	18,1	(14,9-21,8)	11,1	(8,6-14,2)
Hoch	62,0	(52,2-71,0)	15,4	(10,6-21,8)	8,7	(5,8-12,9)
<i>Wohnort</i>						
Land	63,5	(58,3-68,5)	16,2	(13,0-20,0)	9,6	(7,2-12,7)
Stadt	60,7	(54,5-66,5)	18,0	(14,5-22,0)	11,4	(8,9-14,4)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	62,3	(59,6-65,0)	15,9	(14,2-17,8)	13,0	(11,2-15,0)

Tabelle 2 Verbreitung des Alkoholkonsums bei 11- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz		Risikokonsum		Regelmäßiges Rauschtrinken	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	62,5	(59,1-65,7)	14,9	(12,4-17,8)	15,4	(12,8-18,5)
<i>Alter</i>						
11-13 Jahre	30,9	(26,1-36,2)	0,8	(0,2-2,4)	1,2	(0,4-3,5)
14-17 Jahre	91,0	(87,6-93,5)	27,5	(22,5-33,2)	28,2	(22,8-34,4)
<i>Sozialstatus</i>						
Niedrig	68,6	(59,3-76,7)	21,2	(14,2-30,4)	20,1	(13,5-29,0)
Mittel	61,8	(58,1-65,3)	13,5	(10,6-17,2)	14,5	(11,0-18,8)
Hoch	56,0	(46,6-64,9)	10,9	(6,1-18,8)	11,4	(6,7-18,6)
<i>Wohnort</i>						
Land	64,7	(60,2-68,9)	19,3	(15,9-23,1)	19,2	(15,2-24,0)
Stadt	60,5	(55,3-65,4)	11,0	(8,4-14,2)	12,0	(9,2-15,5)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	62,3	(59,6-65,0)	15,9	(14,2-17,8)	13,0	(11,2-15,0)

3.19 Tabakkonsum

Einleitung

Rauchen erhöht das Risiko für eine Vielzahl schwerwiegender Krankheiten, darunter Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen (IARC 2004; USDHHS 2014). Jedes Jahr sterben allein in Deutschland mehr als 100.000 Menschen an den gesundheitlichen Folgen des Rauchens (Mons 2011). Die nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums ist im nationalen Gesundheitszieleprozess verankert und damit ein zentrales Handlungsfeld der Gesundheits- und Präventionspolitik (Kröger et al. 2010). Im Kindes- und Jugendalter kommt der Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen eine Schlüsselrolle zu. Dies gilt umso mehr, da in jungen Jahren die Weichen für den Tabakkonsum im späteren Leben gestellt werden. Je früher der Einstieg ins Rauchen erfolgt, desto höher ist zudem die Wahrscheinlichkeit eine Nikotinabhängigkeit zu entwickeln (Kendler et al. 2013). Hinzu kommt, dass viele Jugendliche die gesundheitlichen Konsequenzen des Rauchens unterschätzen (Lampert 2008; Lampert et al. 2014).

Indikator

Das Rauchverhalten wurde in KiGGS Welle 1 anhand mehrerer Fragen erhoben, die sich u. a. auf den aktuellen Tabakkonsum und die Intensität des Rauchens beziehen (Lampert et al. 2014). Um die Lebenszeitprävalenz des Tabakkonsums zu erfassen, wurden zunächst alle Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren gefragt: „Hast du schon einmal geraucht?“ (Antwortkategorien: „ja“, „nein“). Diejenigen, die diese Frage bejahten, wurden außerdem gefragt, wie oft sie zurzeit rauchen (Antwortkategorien: „täglich“, „mehrmals pro Woche“,

„einmal pro Woche“, „seltener als einmal pro Woche“, „gar nicht“). Unter aktuellem Rauchen wird im Folgenden jeglicher, das heißt auch gelegentlicher Tabakkonsum, verstanden.

Die Abbildung gibt den Anteil der Mädchen und Jungen, die aktuell rauchen, nach Alter wieder. In den Tabellen werden zusätzlich zum aktuellen Rauchen Angaben zum täglichen Rauchen und zur Lebenszeitprävalenz gemacht. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ Aktuell rauchen 14,4% der Jugendlichen in Thüringen, etwa die Hälfte davon raucht täglich (6,8%). Mit 30,3% hat ungefähr ein Drittel der Jugendlichen schon einmal geraucht.
- ▶ Die Rauchprävalenzen steigen bei Mädchen sowie Jungen mit zunehmendem Alter deutlich an.
- ▶ Zwischen Mädchen und Jungen zeichnen sich keine bedeutsamen Unterschiede im Rauchverhalten ab.
- ▶ Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus rauchen häufiger als Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus. Am deutlichsten zeigt sich dies bei der Lebenszeitprävalenz.
- ▶ Nach dem Wohnort der Jugendlichen ergeben sich keine bedeutsamen Unterschiede in den Rauchprävalenzen.

Einordnung der Ergebnisse

Laut der Daten aus KiGGS Welle 1 rauchen aktuell 14,4% der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in Thüringen, knapp die Hälfte davon (6,8%) täglich. Mit 30,3% gibt etwa ein Drittel der Jugendlichen an, schon einmal geraucht zu haben. Der Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt zeigt, dass Jugendliche in Thüringen in Bezug auf alle Indikatoren zum Rauchverhalten etwas höhere Werte erzielen als Jugendliche in Deutschland insgesamt. Die entsprechenden Anteile liegen hier bei 12,0% („aktuell“), 5,4% („täglich“) und 27,0% („jemals“). Die Unterschiede im Rauchverhalten von Jugendlichen in Thüringen und Deutschland insgesamt sind jedoch nicht statistisch signifikant. Das Ergebnis, dass sich Mädchen und Jungen in ihrem Rauchverhalten weitgehend nicht voneinander unterscheiden und mit dem Alter der Jugendlichen die Rauchprävalenzen deutlich ansteigen, wird durch die Ergebnisse für Deutschland insgesamt gestützt (Lampert et al. 2014; RKI 2014). Ferner weisen die Befunde für Thüringen im Einklang mit den Ergebnissen für Deutschland insgesamt (Lampert et al. 2014; RKI 2014) auf soziale Unterschiede im Rauchverhalten hin; in Thüringen sind diese allerdings stärker ausgeprägt. Vor dem Hintergrund höherer Rauchprävalenzen bei älteren Jugendlichen und sozial Benachteiligten, unterstreichen die Ergebnisse die Notwendigkeit für früh ansetzende Interventionen, die dabei Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus besonders berücksichtigen sollten.

Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2013) Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln
www.bzga.de (Stand: 29.09.2014)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2014) Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft – für die Politik. dkfz, Heidelberg
www.dkfz.de (Stand: 29.09.2014)

International Agency for Research on Cancer (2004) IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume: 83 Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC, Lyon
www.iarc.fr (Stand: 29.09.2014)

Kendler KS, Myers J, Damaj MI et al. (2013) Early smoking onset and risk for subsequent nicotine dependence: a monozygotic co-twin control study. *Am J Psychiatry* 170 (4): 408–413

Kraus L, Pabst A, Piontek D (2011) Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Band 181. IFT Institut für Therapieforschung, München
www.ift.de (Stand: 29.09.2014)

Kröger C, Mons U, Klärs G et al. (2010) Evaluation des Gesundheitsziels »Tabakkonsum reduzieren«. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 53 (2): 91–102

Lampert T (2008) Smoking and passive smoking exposure in young people - Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Dtsch Arztebl Int* 105 (15): 265–271

Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 57 (7): 830–839

Mons U (2011) Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. *Gesundheitswesen* 73 (4): 238–246

- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Tabakkonsum. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. RKI, Berlin
- Richter M, Pförtner TK, Lampert T et al. (2012) Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. Gesundheitswesen 74 (Suppl 1): 42–48
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2014) The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta
www.surgeongeneral.gov (Stand: 29.09.2014)

Abbildung 1 Anteil der Mädchen und Jungen, die aktuell rauchen, nach Alter

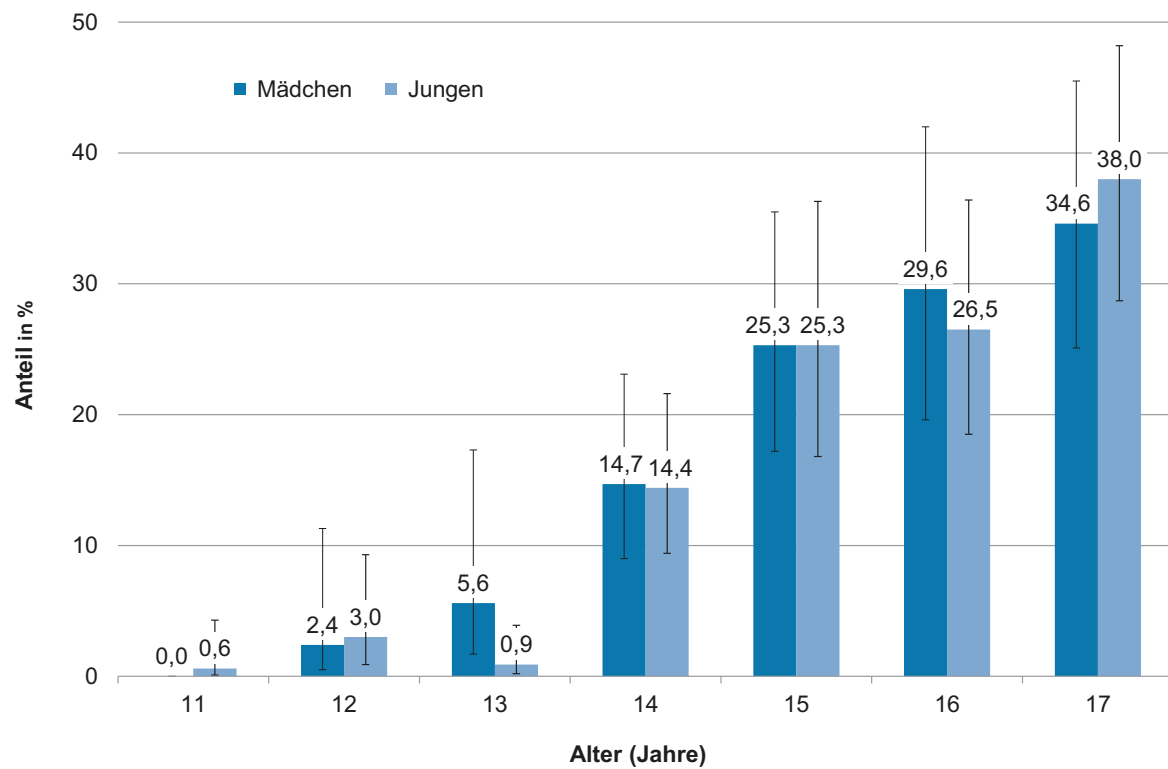


Tabelle 1 Verbreitung des Tabakkonsums bei 11- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Rauchen aktuell		Rauchen täglich		Rauchen jemals	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	14,5	(12,0-17,5)	6,9	(4,9-9,5)	30,3	(26,5-33,8)
<i>Alter</i>						
11-13 Jahre	2,6	(1,0-6,8)	1,0	(0,1-7,1)	8,2	(5,0-13,1)
14-17 Jahre	25,1	(20,9-30,0)	12,1	(9,2-15,7)	49,5	(44,6-54,4)
<i>Sozialstatus</i>						
Niedrig	23,7	(16,3-33,2)	16,8	(9,9-27,1)	36,7	(26,8-47,9)
Mittel	12,9	(9,8-16,7)	4,7	(3,1-7,1)	30,4	(26,0-35,1)
Hoch	9,3	(5,2-16,1)	2,6	(1,0-6,6)	20,2	(14,3-27,9)
<i>Wohnort</i>						
Land	14,3	(11,3-17,9)	5,6	(3,6-8,6)	27,7	(22,8-33,1)
Stadt	14,8	(10,8-20,0)	8,3	(5,2-12,9)	32,6	(27,6-38,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	14,4	(12,7-16,1)	6,8	(5,5-8,5)	30,3	(27,8-32,9)

Tabelle 2 Verbreitung des Tabakkonsums bei 11- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Rauchen aktuell		Rauchen täglich		Rauchen jemals	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	14,2	(12,1-16,6)	6,8	(5,2-8,8)	30,6	(27,3-34,1)
<i>Alter</i>						
11-13 Jahre	1,5	(0,6-3,4)	-	-	7,5	(5,0-10,9)
14-17 Jahre	25,7	(22,1-29,7)	13,0	(10,1-16,7)	51,6	(46,8-56,4)
<i>Sozialstatus</i>						
Niedrig	24,8	(17,2-34,5)	18,9	(12,2-28,0)	45,0	(36,1-54,3)
Mittel	12,6	(10,3-15,2)	4,3	(2,8-6,5)	27,9	(24,2-32,0)
Hoch	5,2	(1,8-14,1)	1,2	(0,3-5,0)	17,7	(11,7-25,9)
<i>Wohnort</i>						
Land	15,1	(11,9-18,8)	5,9	(4,3-7,9)	31,4	(27,1-36,1)
Stadt	13,4	(10,8-16,5)	7,7	(5,3-11,0)	29,8	(25,1-35,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	14,4	(12,7-16,1)	6,8	(5,5-8,5)	30,3	(27,8-32,9)

3.20 Wasserpfeifenkonsum

Einleitung

Wasserpfeifen, häufig auch als Shishas bezeichnet, werden seit Jahrhunderten vor allem im östlichen Mittelmeerraum, in vielen arabischen Ländern und in Teilen Asiens zum Tabakkonsum verwendet. Seit einigen Jahren erfreuen sich Wasserpfeifen auch in westlich geprägten Ländern gerade unter Jugendlichen zunehmender Beliebtheit (Akl et al. 2011; Maziak 2011; Kuntz et al. 2014). Weit verbreitet ist die Vorstellung, dass der Tabakkonsum mittels Wasserpfeife aufgrund einer dem Wasser zugeschriebenen Filterwirkung weniger gesundheitsschädlich sei als das Rauchen von Zigaretten (Martinasek et al. 2011; Maziak 2014). Inzwischen existiert aber eine Reihe an Studien, die einen Zusammenhang zwischen dem Wasserpfeifenkonsum und gesundheitlichen Folgeschäden nahelegen (Aslam et al. 2014; Blachman-Braun et al. 2014; Jukema et al. 2014). Personen, die regelmäßig Wasserpfeife rauchen, tragen demnach ein erhöhtes Risiko für Lungenkrebs, Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie Schädigungen der Mund- und Zahngesundheit (Akl et al. 2010). Aufgrund des im Tabakrauch von Wasserpfeifen enthaltenen Nikotins ist von einem mit dem Zigarettenrauchen vergleichbaren Sucht- und Abhängigkeitspotenzial auszugehen (Neergaard et al. 2007). Der fruchtig-süße Geschmack des Shisha-Rauchs macht Wasserpfeifen auch für tabakunerfahrene Jugendliche attraktiv und kann so den Einstieg in das Zigarettenrauchen begünstigen (Jensen et al. 2010; Maziak 2014).

Indikator

Der Wasserpfeifenkonsum wurde in KiGGS Welle 1 mit drei Fragen erhoben. Um die Lebenszeitprävalenz des Wasserpfeifenkonsums zu erfassen, wurden zunächst alle Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren gefragt: „Hast du schon einmal eine Wasserpfeife oder Shisha geraucht?“ (Antwortkategorien: „ja“, „nein“). Jugendlichen, die schon eigene Erfahrungen mit dem Konsum von Wasserpfeifen gemacht haben, wurde als nächstes die Frage gestellt, ob sie auch in den letzten 12 Monaten Wasserpfeife oder Shisha geraucht haben (Antwortkategorien: „ja“, „nein“). Abschließend wurden diejenigen, die auch die zweite Frage bejahten, gefragt: „Wenn du jetzt einmal an die letzten 30 Tage denkst: An wie vielen Tagen hast du Wasserpfeife oder Shisha geraucht?“ (Kuntz et al. 2014).

In den Tabellen werden die Lebenszeitprävalenz, die 12-Monats-Prävalenz und die 30-Tage-Prävalenz des Wasserpfeifenkonsums von Jugendlichen in Thüringen dargestellt. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- Jeder fünfte Jugendliche (20,0%) in Thüringen hat schon einmal Wasserpfeife geraucht. In den letzten 12 Monaten bzw. 30 Tagen vor der Befragung traf dies auf 13,0% bzw. 5,5% der Jugendlichen zu.
- Mit zunehmendem Alter steigen die Prävalenzen des Wasserpfeifenkonsums deutlich an.
- Zwischen Mädchen und Jungen bestehen keine Unterschiede in der Verbreitung des Wasserpfeifenkonsums.

- Der Anteil der Jugendlichen, die Wasserpfeife rauchen, hängt nicht mit dem Sozialstatus ihrer Familie zusammen.
- Mädchen, die in Städten leben, rauchen häufiger Wasserpfeife als Mädchen auf dem Land; bei der Lebenszeitprävalenz sind die Unterschiede signifikant. Bei Jungen zeigt sich der Tendenz nach ein umgekehrter Zusammenhang.

Einordnung der Ergebnisse

Während in Deutschland insgesamt den Daten aus KiGGS Welle 1 zufolge jeder vierte 11- bis 17-jährige Jugendliche (25,2%) schon einmal Wasserpfeife geraucht hat, gilt dies in Thüringen lediglich für jeden fünften Jugendlichen (20,0%) dieser Altersgruppe. Auch die 12-Monats- und die 30-Tage-Prävalenz liegen im Bundesdurchschnitt mit 17,8% bzw. 8,6% signifikant höher als in Thüringen mit 13,0% bzw. 5,5%. Werden die Daten für beide Geschlechter getrennt betrachtet, zeigen sich lediglich bei Jungen statistisch signifikante Unterschiede im Wasserpfeifenkonsum zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt. Bundesweite Daten zur Verbreitung des Wasserpfeifenkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden auch im Rahmen der regelmäßig durchgeführten Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) publiziert (BZgA 2012). Für die Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen berichtet die BZgA für das Jahr 2011 eine Lebenszeitprävalenz des Wasserpfeifenkonsums von 29,3%, eine 12-Monats-Prävalenz von 20,9% und eine 30-Tage-Prävalenz von 8,7% (BZgA 2012). Wird anhand der Daten aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt eine entsprechende Altersabgrenzung vorgenommen, werden vergleichbare Prävalenzschätzungen erzielt (Kuntz et al. 2014). In dem vorliegenden Faktenblatt für Thüringen wurden auch die 11-Jährigen einbezogen, wodurch sich die niedrigeren Prävalenzen zumindest zum Teil erklä-

ren lassen. Während sich in Thüringen keine Unterschiede im Wasserpfeifenkonsum zwischen den Geschlechtern abzeichnen, sprechen die für Deutschland insgesamt publizierten Daten der BZgA und aus KiGGS Welle 1 dafür, dass Jungen häufiger Wasserpfeife rauchen als Mädchen (BZgA 2012; Kuntz et al. 2014). Tabakpräventionskampagnen sollten gezielt über die von Wasserpfeifen ausgehenden Gesundheits- und Suchtgefahren informieren, da diese noch immer von einem Großteil der Jugendlichen und der Öffentlichkeit unterschätzt werden (BZgA 2012).

Literatur

- Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK et al. (2010) The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int J Epidemiol* 39 (3): 834–857
- Akl EA, Gunukula SK, Aleem S et al. (2011) The prevalence of waterpipe tobacco smoking among the general and specific populations: a systematic review. *BMC Public Health* 11: 244
- Aslam HM, Saleem S, German S et al. (2014) Harmful effects of shisha: literature review. *Int Arch Med* 7 (1): 16
- Blachman-Braun R, Del Mazo-Rodriguez RL, Lopez-Samano G et al. (2014) Hookah, is it really harmless? *Respir Med* 108 (5): 661–667
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Teilband Rauchen. BZgA, Köln www.bzga.de (Stand: 29.09.2014)
- Jensen PD, Cortes R, Engholm G et al. (2010) Waterpipe use predicts progression to regular cigarette smoking among Danish youth. *Subst Use Misuse* 45 (7/8): 1245–1261
- Jukema JB, Bagnasco DE, Jukema RA (2014) Waterpipe smoking: not necessarily less hazardous than cigarette smoking: Possible consequences for (cardiovascular) disease. *Neth Heart J* 22 (3): 91–99

- Kuntz B, Lampert T, KiGGS Study Group (2014) Wasserpfeifenkonsum (Shisha-Rauchen) bei Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 (2009-2012). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz (Eingereicht)
- Martinasek MP, McDermott RJ, Martini L (2011) Waterpipe (hookah) tobacco smoking among youth. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 41 (2): 34–57
- Maziak W (2011) The global epidemic of waterpipe smoking. Addict Behav 36 (1-2): 1–5
- Maziak W (2014) The waterpipe: A new way of hooking youth on tobacco. Am J Addict 23 (2): 103–107
- Neergaard J, Singh P, Job J et al. (2007) Waterpipe smoking and nicotine exposure: a review of the current evidence. Nicotine Tob Res 9 (10): 987–994

Tabelle 1 Verbreitung des Wasserpfeifenkonsums bei 11- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz		30-Tage-Prävalenz	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	18,4	(15,3-22,1)	12,4	(10,0-15,3)	5,6	(4,2-7,5)
<i>Alter</i>						
11-13 Jahre	3,0	(1,1-7,9)	1,4	(0,3-6,0)	0,2	(0,0-1,1)
14-17 Jahre	32,3	(27,2-37,8)	22,3	(18,4-26,9)	10,5	(7,7-14,1)
<i>Sozialstatus</i>						
Niedrig	16,3	(10,0-25,6)	11,2	(5,8-20,7)	3,9	(1,5-9,3)
Mittel	19,8	(16,7-23,3)	13,3	(10,6-16,5)	6,1	(4,4-8,6)
Hoch	15,6	(10,4-22,7)	10,5	(6,9-15,5)	5,1	(2,6-9,6)
<i>Wohnort</i>						
Land	14,1	(12,0-16,5)	9,7	(7,8-12,1)	4,2	(2,7-6,5)
Stadt	23,3	(18,3-29,2)	15,5	(11,5-20,6)	7,2	(5,0-10,2)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	20,0	(17,7-22,5)	13,0	(11,0-15,2)	5,5	(4,3-7,2)

Tabelle 2 Verbreitung des Wasserpfeifenkonsums bei 11- bis 17-jährigen Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Lebenszeitprävalenz		12-Monats-Prävalenz		30-Tage-Prävalenz	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	21,4	(18,5-24,6)	13,5	(10,8-16,7)	5,5	(3,7-8,0)
<i>Alter</i>						
11-13 Jahre	3,7	(2,2-6,1)	2,1	(1,0-4,2)	1,0	(0,3-3,4)
14-17 Jahre	37,5	(32,6-42,6)	23,8	(18,9-29,5)	9,6	(6,8-13,4)
<i>Sozialstatus</i>						
Niedrig	23,7	(17,0-32,0)	11,2	(6,3-19,2)	4,6	(1,8-11,1)
Mittel	20,2	(16,6-24,4)	12,9	(9,7-16,9)	4,8	(3,3-7,0)
Hoch	20,7	(14,0-29,5)	16,1	(9,7-25,4)	7,1	(3,3-14,6)
<i>Wohnort</i>						
Land	22,9	(18,8-27,7)	16,7	(12,8-21,4)	6,3	(4,6-8,6)
Stadt	20,0	(16,2-24,4)	10,5	(7,6-14,5)	4,7	(2,2-9,9)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	20,0	(17,7-22,5)	13,0	(11,0-15,2)	5,5	(4,3-7,2)

3.21 Passivrauchbelastung

Einleitung

Passivrauchen bezeichnet die Aufnahme von Tabakrauch aus der Raumluft. Da dieser zahlreiche giftige, teils krebserregende Substanzen enthält, sind neben aktiven Raucherinnen und Rauchern auch nicht rauchende Personen gefährdet, die regelmäßig Tabakrauch ausgesetzt sind (IARC 2004; DKFZ 2005). Passivrauchen erhöht das Risiko für schwerwiegende Krankheiten wie Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen. Gleiches gilt für die vorzeitige Sterblichkeit: Schätzungen zufolge können in Deutschland jährlich rund 3.300 Todesfälle auf das Passivrauchen zurückgeführt werden (Keil et al. 2005). Kinder und Jugendliche sind durch Passivrauchen besonders gefährdet, da sie aufgrund ihrer im Vergleich zu Erwachsenen erhöhten Atemfrequenz mehr Schadstoffe aufnehmen. Hinzu kommt, dass ihre Organe und Organsysteme noch nicht voll ausgereift und somit besonders empfindlich gegenüber Tabakrauch sind. Kinder und Jugendliche, die regelmäßig Passivrauch ausgesetzt sind, erkranken häufiger an Mittelohrentzündungen, Atemwegsinfektionen und Asthma bronchiale (USDHHS 2006; Lampert, List 2010). Passivrauchen ist zudem ein Risikofaktor für den plötzlichen Kindstod (DKFZ 2005). Vor diesem Hintergrund stellt der Nichtraucherschutz neben der Reduktion des aktiven Tabakkonsums in der Bevölkerung ein vorrangiges Ziel der Gesundheits- und Präventionspolitik dar (Kröger et al. 2010).

Indikator

Um die Passivrauchbelastung zu bestimmen, wurden in KiGGS Welle 1 alle Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren gefragt: „Wie häufig hältst du dich in Räumen auf, in denen geraucht wird?“ (Antwortkategorien: „täglich“, „mehrmals pro Woche“, „einmal pro Woche“, „seltener als einmal pro Woche“, „nie“). Weil davon auszugehen ist, dass sich Raucherinnen und Raucher regelmäßig in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird, wird die Passivrauchbelastung allein für Jugendliche berichtet, die selbst nicht rauchen (Lampert 2008).

In den Tabellen wird der Anteil nicht rauchender Jugendlicher in Thüringen dargestellt, die mehrmals pro Woche oder täglich einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, sozialem Status und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ Obwohl sie selbst nicht rauchen, halten sich insgesamt 18,3% der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in Thüringen mehrmals pro Woche oder täglich in Räumen auf, in denen geraucht wird.
- ▶ Zwischen Mädchen und Jungen bestehen keine Unterschiede im Ausmaß der Passivrauchbelastung (18,5% vs. 18,1%).
- ▶ Rund ein Viertel der 14- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen ist mehrmals pro Woche oder täglich Passivrauch ausgesetzt; damit liegt der Anteil in dieser Altersgruppe rund doppelt so hoch wie bei den 11- bis 13-Jährigen.
- ▶ Je niedriger der soziale Status, desto höher ist der Anteil der nicht rauchenden Jugendlichen, die sich mehrmals pro Woche

oder täglich in verrauchten Räumen aufhalten.

- Nach dem Wohnort der Jugendlichen ergeben sich keine Unterschiede im Ausmaß der Passivrauchbelastung.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen hält sich mit 18,3% etwas weniger als jeder fünfte 11- bis 17-jährige Jugendliche mehrmals pro Woche oder täglich in Räumen auf, in denen geraucht wird. Die Passivrauchbelastung von nichtrauchenden Jugendlichen liegt damit auf einem vergleichbaren Niveau wie die von Gleichaltrigen in Deutschland insgesamt (18,8%). Die Befunde aus Thüringen zur Passivrauchbelastung nach Geschlecht, Alter und sozialem Status stehen ebenfalls im Einklang mit den Ergebnissen aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt. Mit den seit 2007 erlassenen Nichtraucherschutzgesetzen des Bundes und der Länder traten weitreichende Rauchverbote für öffentliche Gebäude, Verkehrsmittel, Bildungseinrichtungen, Krankenhäuser, Restaurants, Gaststätten sowie Diskotheken in Kraft (Kröger et al. 2010; DKFZ 2014). Die Daten aus KiGGS Welle 1 machen jedoch deutlich, dass trotz des verbesserten Nichtraucherschutzes weiterhin ein bedeutender Teil der nichtrauchenden Jugendlichen in Thüringen sowie in Deutschland insgesamt einer regelmäßigen Passivrauchbelastung ausgesetzt ist.

Literatur

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2005) Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5. DKFZ, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2014) Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft

– für die Politik. dkfz, Heidelberg
www.dkfz.de (Stand: 29.09.2014)

International Agency for Research on Cancer (2004) IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 83: tobacco smoke and involuntary smoking. IARC, Lyon

Keil U, Becher H, Heidrich J et al. (2005) Passivrauchbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland. In: Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5. DKFZ, Heidelberg, S 20–34

Kröger C, Mons U, Klärs G et al. (2010) Evaluation des Gesundheitsziels »Tabakkonsum reduzieren«. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 53 (2): 91–102

Lampert T, List SM (2010) Gesundheitsrisiko Passivrauchen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) GBE kompakt 3/2010. RKI, Berlin

Lampert T (2008) Smoking and passive smoking exposure in young people - Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). Dtsch Arztebl Int 105 (15): 265–271

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2006) The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta

Tabelle 1 Passivrauchbelastung (Aufenthalt in Räumen, in denen geraucht wird) von 11- bis 17-jährigen Mädchen, die selbst nicht rauchen, nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Mehrmals pro Woche oder täglich	
	%	(95%-KI)
Mädchen	18,5	(15,6-21,8)
<i>Alter</i>		
11-13 Jahre	12,1	(8,0-17,9)
14-17 Jahre	25,9	(20,5-32,0)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	28,6	(20,0-39,1)
Mittel	18,9	(15,3-23,1)
Hoch	6,3	(2,4-15,7)
<i>Wohnort</i>		
Land	18,8	(15,5-22,7)
Stadt	18,0	(13,4-23,8)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	18,3	(16,4-20,3)

Tabelle 2 Passivrauchbelastung (Aufenthalt in Räumen, in denen geraucht wird) von 11- bis 17-jährigen Jungen, die selbst nicht rauchen, nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Mehrmals pro Woche oder täglich	
	%	(95%-KI)
Jungen	18,1	(15,0-21,6)
<i>Alter</i>		
11-13 Jahre	12,3	(8,3-17,7)
14-17 Jahre	25,0	(19,9-30,9)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	36,6	(23,8-51,6)
Mittel	14,9	(12,0-18,4)
Hoch	9,4	(6,4-13,6)
<i>Wohnort</i>		
Land	17,8	(13,7-22,8)
Stadt	18,3	(14,1-23,4)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	18,3	(16,4-20,3)

3.22 Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft

Einleitung

Das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft stellt für die Entwicklung des ungeborenen Kindes ein erhebliches Risiko dar (DiFranza et al. 2006; Dudenhausen 2009). Die im Tabakrauch enthaltenen Giftstoffe wie Nikotin und Kohlenmonoxid gelangen in den Blutkreislauf des Embryos bzw. Fetus, beeinträchtigen die Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen und hemmen so das Wachstum. In der Folge kann es zu Schwangerschaftskomplikationen bis hin zu Fehl- und Frühgeburten kommen (Jaddoe et al. 2008; Mund et al. 2013). Studien belegen, dass Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft geraucht haben, im Durchschnitt kleiner sind und ein niedrigeres Geburtsgewicht haben als Neugeborene von Nichtraucherinnen (DKFZ 2010). Zudem erhöht das mütterliche Rauchen während der Schwangerschaft das Risiko für eine Reihe von Entwicklungsstörungen und Krankheiten, z. B. Adipositas, Diabetes, Atemwegserkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten (Montgomery, Ekblom 2002; Jaakola, Gissler 2004; Langley et al. 2005; Abdullah et al. 2006). Die mit dem mütterlichen Rauchen einhergehenden Organschädigungen sowie Entwicklungsrisiken können häufig nicht kompensiert werden und wirken sich bis ins Erwachsenenalter hinein negativ auf die Gesundheit der betroffenen Kinder aus.

Indikator

Das mütterliche Rauchen wurde in KiGGS Welle 1 im Rahmen der Elternbefragung mit der Frage erhoben: „Hat die Mutter des Kindes während der Schwangerschaft geraucht?“. Die drei dazugehörigen Antwortkategorien laute-

ten: „ja, regelmäßig“, „ja, ab und zu“ und „nie“. Die beiden zustimmenden Antwortmöglichkeiten werden im Folgenden zusammengefasst.

In den Tabellen wird der Anteil der Mütter von 0- bis 6-jährigen Kindern in Thüringen angegeben, die während der Schwangerschaft geraucht haben. Dabei wird nach Geschlecht, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- In Thüringen liegt der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft geraucht haben, bei 13,3%.
- Es besteht ein deutlicher sozialer Gradient in der Verbreitung des mütterlichen Rauchens in der Schwangerschaft zuungunsten von Frauen mit niedrigem Sozialstatus.
- Nach dem Wohnort der Kinder ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in der Rauchprävalenz von Müttern in der Schwangerschaft.

Einordnung der Ergebnisse

Im Rahmen von KiGGS Welle 1 haben 13,3% der Mütter in Thüringen angegeben, während der Schwangerschaft geraucht zu haben. In Deutschland insgesamt liegt dieser Anteil mit 12,1% auf einem ähnlichen Niveau. Die Ergebnisse aus Thüringen zeigen darüber hinaus im Einklang mit Befunden aus Deutschland insgesamt, dass ausgeprägte soziale Unterschiede in der Rauchprävalenz von Müttern während der Schwangerschaft zum Nachteil derjenigen

mit niedrigem Sozialstatus bestehen. In Thüringen kommen diese jedoch noch deutlicher zum Tragen als in Deutschland insgesamt. Vor dem Hintergrund, dass der mütterliche Tabakkonsum in der Schwangerschaft die gesundheitliche Entwicklung der betroffenen Kinder nachhaltig zu beeinträchtigen vermag, werden zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen und Angebote zum Rauchausstieg benötigt (Dudenhausen 2009). Das Bundesgesundheitsministerium förderte in diesem Zusammenhang seit 2011 „Neue Präventionsansätze zur Vermeidung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ (BMG 2013).

Literatur

- Abdullah AM, Lawlor DA, Alati R, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM (2006) Does Maternal Smoking during Pregnancy Have a Direct Effect on Future Offspring Obesity? Evidence from a Prospective Birth Cohort Study *Am J Epidemiol* 164 (4): 317–325
- Bundesministerium für Gesundheit (2013) Kurz- und Abschlussberichte: Neue Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit. BMG, Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de
(Stand: 01.10.2014)
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2010) Schutz der Familie vor Tabakrauch; Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 14. dkfz, Heidelberg
- DiFranza JR, Aligne A, Weitzman M (2006) Prenatal and Postnatal Environmental Tobacco Smoke Exposure and Children's Health. *Pediatrics* 113: 1007–1015
- Dudenhausen JW (Hrsg) (2009) Rauchen in der Schwangerschaft: Häufigkeit, Folgen und Prävention. Urban & Vogel, München
- Jaakola JJK, Gissler M (2004) Maternal smoking in Pregnancy, Fetal Development, and Childhood Asthma. *American Journal of Public Health* 94 (1): 136–140
- Jaddoe VW, Troe EJ, Hofman A et al. (2008) Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birth-weight and preterm birth: the Generation R Study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 22 (2): 162–171
- Lampert T, List S (2010) Gesundheitsrisiko Passivrauchen. GBE kompakt 3.
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 29.09.2014)
- Langley K, Rice F, van den Bree MB et al. (2005) Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review. *Minerva Pediatrica* 57 (6): 359–371
- Montgomery SM, Ekbom A (2002) Smoking during pregnancy and diabetes mellitus in a British longitudinal birth cohort. *BMJ* 324 (7328): 26–27
- Mund M, Louwen F, Klingelhoefer D et al. (2013) Smoking and pregnancy--a review on the first major environmental risk factor of the unborn. *Int J Environ Res Public Health* 10 (12): 6485–6499

Tabelle 1 Anteil der Mütter, die in der Schwangerschaft geraucht haben, bei 0- bis 6-jährigen Mädchen nach Sozialstatus und Wohnort

	Rauchprävalenz in der Schwangerschaft	
	%	% (95%-KI)
Mädchen	15,3	(11,9-19,5)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	47,5	(34,9-60,3)
Mittel	8,8	(6,4-12,1)
Hoch	0,8	(0,2-3,0)
<i>Wohnort</i>		
Land	11,3	(7,8-16,1)
Stadt	18,6	(13,8-24,5)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	13,3	(11,1-16,0)

Tabelle 2 Anteil der Mütter, die in der Schwangerschaft geraucht haben, bei 0- bis 6-jährigen Jungen nach Sozialstatus und Wohnort

	Rauchprävalenz in der Schwangerschaft	
	%	% (95%-KI)
Jungen	11,4	(9,2-14,2)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	32,7	(24,6-42,1)
Mittel	7,7	(5,5-10,9)
Hoch	1,0	(0,2-4,3)
<i>Wohnort</i>		
Land	10,5	(7,6-14,5)
Stadt	12,2	(9,1-16,1)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	13,3	(11,1-16,0)

3.23 Stillverhalten

Einleitung

Das Stillen mit Muttermilch ist mit vielen gesundheitlichen Vorteilen verbunden (WHO, UNICEF 1990; Heinig, Dewey 1996; AAP 1997). So haben gestillte Kinder bspw. ein geringeres Risiko für verschiedene Erkrankungen, darunter Infektionskrankheiten (wie z. B. infektiöse Atemwegserkrankungen, Mittelohrentzündungen oder Harnwegsinfekte), Asthma und Allergien, für Adipositas und für andere Parameter des metabolischen Syndroms im Erwachsenenalter (Heinig, Dewey 1997; Friedman, Zeiger 2005; Ip et al. 2005; Rubin 2013). Darüber hinaus hat das Stillen positive Auswirkungen auf die mütterliche Gesundheit. Dies zeigt sich z. B. in einer schnelleren Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt und einem geringeren Risiko für Brust- und Eierstockkrebs (Heinig, Dewey 1997; Abou-Dakn, Strecker 2003). In Deutschland hat die Nationale Stillkommission im Jahr 2004 in Anlehnung an die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) offizielle Stillempfehlungen ausgesprochen. Dabei empfiehlt sie für Säuglinge als beste Ernährung im ersten Lebenshalbjahr das ausschließliche Stillen. Mit Beikost sollte nicht vor Ende des 4. Monats und nicht später als Ende des 6. Monats begonnen werden (Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung 2004).

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurde das Stillverhalten von den Eltern mit den folgenden Fragen erhoben: „Wurde Ihr Kind jemals gestillt?“, „Bis zu welchem Lebensmonat wurde Ihr Kind gestillt?“, „In welchem Lebensmonat haben Sie begonnen, zusätzlich Wasser, Tee oder Saft zu ge-

ben?“ und „In welchem Lebensmonat haben Sie begonnen, zusätzlich Flaschnahrung, Brei, Gläschen oder sonstige Beikost zu füttern?“ (dabei wurden stets die begonnenen Lebensmonate erfasst). Wurde das Kind zum Befragungszeitpunkt noch gestillt, wurde die Frage zur Stilldauer nicht gestellt. Aus den Angaben wurde ermittelt, ob das Kind jemals gestillt wurde (Stillquote) und wie lange das Kind gestillt wurde (Stilldauer). Auch wurde bestimmt, wie viele Mütter ihre Kinder mindestens 4 bzw. 6 Monate lang ausschließlich bzw. voll gestillt haben (von der Lippe et al. 2014). Unter dem Begriff des vollen Stillens fasst die WHO das ausschließliche Stillen (Säuglinge erhalten nur Muttermilch) und das überwiegende Stillen (Säuglinge erhalten zusätzlich zur Muttermilch auch Wasser und wasserbasierte Getränke) zusammen (WHO 1991). Im Folgenden wird auf die Angaben für Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren (Geburtsjahrgänge 2002-2012) zurückgegriffen und das Stillverhalten von Müttern in Thüringen dargestellt.

In den Tabellen wird die Stillquote („jemals gestillt“) und das ausschließliche Stillen für mindestens 4 Monate betrachtet. Dabei wird nach Geschlecht, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- In Thüringen wurden 87,3% der 0- bis 6-jährigen Kinder (Geburtsjahrgänge 2002-2012) jemals gestillt; 28,4% von ihnen wurden dabei mindestens 4 Monate lang ausschließlich gestillt.

- Es zeigen sich bei beiden Indikatoren zum Stillverhalten keine bedeutsamen Unterschiede nach Geschlecht.
- Die Ergebnisse weisen auf einen deutlichen sozialen Gradienten zuungunsten von Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus hin; diese Tendenz zeichnet sich für die Stillquote sowie für das ausschließliche Stillen für mindestens 4 Monate ab.
- Nach dem Wohnort der Jugendlichen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede im Stillverhalten.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen wurde mit 87,3% ein Großteil der Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren (Geburtsjahrgänge 2002-2012) jemals gestillt (Stillquote); 28,4% wurden dabei von der Mutter mindestens 4 Monate lang ausschließlich gestillt. Im Bundesdurchschnitt betragen die entsprechenden Anteile 82,1% bzw. 34,0%. Der Vergleich dabei zeigt, dass Kinder in Thüringen zwar signifikant häufiger jemals gestillt wurden als Kinder in Deutschland insgesamt; diese wurden allerdings signifikant häufiger mindestens 4 Monate von der Mutter ausschließlich gestillt als Kinder in Thüringen (von der Lippe 2014). Aus anderen deutschen regionalen Studien sind Stillquoten von 90% bis 97% bekannt; ein Vergleich dieser Studien mit den KiGGS-Daten ist aufgrund verschiedener Erhebungsmethoden nicht möglich (Deneke et al. 2008; Rebhan et al. 2008; Foterek et al. 2013). Mit Blick auf Geschlechtsunterschiede zeigen die Befunde einheitlich mit denen für Deutschland insgesamt, dass im Stillverhalten keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bestehen (von der Lippe 2014). Zudem weisen die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 einheitlich für Thüringen und Deutschland insgesamt auf deutliche soziale Unterschiede im Stillverhalten von Müttern zuungunsten von Kindern mit niedrigem Sozialstatus hin (von der Lippe

2014). Hierzu passen die Ergebnisse anderer Studien, die einen niedrigen Sozialstatus, ein niedriges Einkommen und eine niedrige Bildung als Risikofaktoren für eine geringe Stillquote bei Müttern ermittelt haben (Kersting, Dulon 2002; Callen, Pinelli 2004; Mandal et al. 2010; von der Lippe et al. 2014). Insgesamt ist auf Basis der Daten aus KiGGS Welle 1 für Thüringen positiv anzumerken, dass ein Großteil der Kinder jemals gestillt wurde. Da Säuglinge den offiziellen Stillempfehlungen zufolge zwischen 4 und 6 Monaten ausschließlich gestillt werden sollten, deuten die Daten darauf hin, stillende Mütter über eine längere Zeit nach der Geburt zu unterstützen (von der Lippe et al. 2014). Mütter mit niedrigem Sozialstatus weisen dabei einen erhöhten Bedarf an stillfördernden und unterstützenden Maßnahmen auf.

Literatur

- Abou-Dakn M, Strecker JR (2003) Einflussfaktoren der Entbindungsklinik auf den Stillbeginn. *Zentralbl Gynäkol* 125: 386–392
- American Academy of Pediatrics (1997) Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 100: 1035–1039
- Callen J, Pinelli J (2004) Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe and Australia: a literature review. *Birth* 31: 285–292
- Deneke C, Lüttmann U, Seibt AC (2008) QuaSti – Qualität Im Stillfreundlichen Krankenhaus. *Gesundheitswesen* 70 (Suppl 1): 37–39
- Foterek K, Hilbig A, Alexy U (2013) Breastfeeding and weaning practices in the DONALD study – age and time trends. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 58: 361–367
- Friedman NJ, Zeiger RS (2005) The role of breastfeeding in the development of allergies and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 115: 1238–1248

- Heinig MJ, Dewey KG (1996) Health advantages of breastfeeding for infants: a critical review. *Nutr Res Rev* 9: 89–110
- Heinig MJ, Dewey KG (1997) Health effects of breast feeding for mothers: a critical review. *Nutr Res Rev* 10: 35–56
- Ip S, Chung M, Raman G et al (2007) Breast-feeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (Prepared by Tufts- New England Medical Center Evidence-based Practice Center, under Contract No 290-02-0022) AHRQ Publication No 07-E007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville
- Kersting M, Dulong M (2002) Fakten zum Stillen in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd* 150: 1196–1201
- Mandal B, Roe BE, Fein SB (2010) The differential effects of full-time and part-time work status on breastfeeding. *Health Policy* 97: 79–86
- Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (2004) Stilldauer – Empfehlung der Nationalen Stillkommission. <http://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf> (Stand: 15.09.2014)
- Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U et al. (2008) Stillfrequenz und Stillprobleme – Ergebnisse der Bayerischen Stillstudie. *Gesundheitswesen* 70: 8–12
- Rubin D (2013) Stillen in Deutschland. Vorteile, Stillraten und erfolgsversprechende Ansätze der Stillförderung. *Ernährung im Fokus* 13: 200–205
- Von der Lippe E, Brettschneider A-K, Gutsche J et al. (2014) Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 57 (7): 849–859
- World Health Organization, UNICEF (Hrsg) (1990) Innocenti declaration of the protection, promotion and support of breastfeeding
- www.unicef.org/nutrition/index_24807.html (Stand: 15.09.2014).

Tabelle 1 Anteil der 0- bis 6-jährigen Mädchen, die jemals bzw. für mindestens vier Monate ausschließlich gestillt wurden, nach Sozialstatus und Wohnort

	Stillquote (jemals gestillt)		Ausschließliches Stillen mind. 4 Monate	
	%	% (95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	88,3	(85,2-90,9)	31,7	(27,9-35,7)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	82,5	(74,0-88,6)	17,1	(10,6-26,3)
Mittel	88,0	(84,7-90,6)	32,5	((28,0-37,4)
Hoch	97,1	(92,1-98,9)	46,8	(40,2-53,5)
<i>Wohnort</i>				
Land	86,5	(81,5-90,3)	30,2	(24,7-36,4)
Stadt	89,8	(85,6-92,9)	32,8	(27,9-38,2)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	87,3	(85,0-89,3)	28,4	(25,4-31,7)

Tabelle 2 Anteil der 0- bis 6-jährigen Jungen, die jemals bzw. für mindestens vier Monate ausschließlich gestillt wurden, nach Sozialstatus und Wohnort

	Stillquote (jemals gestillt)		Ausschließliches Stil- len mind. 4 Monate	
	%	% (95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	86,3	(83,1-88,9)	25,4	(21,8-29,4)
<i>Sozialstatus</i>				
Niedrig	73,2	(61,5-82,4)	6,0	(3,1-11,4)
Mittel	87,9	(83,6-91,2)	26,7	(22,0-32,0)
Hoch	95,3	(90,8-97,6)	44,9	(36,3-53,9)
<i>Wohnort</i>				
Land	86,4	(81,2-90,3)	28,0	(23,3-33,2)
Stadt	86,2	(81,9-89,6)	23,2	(18,2-29,1)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	87,3	(85,0-89,3)	28,4	(25,4-31,7)

3.24 Früherkennungsuntersuchungen

Einleitung

Die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U1 bis U9) haben das Ziel, Entwicklungsstörungen und Krankheiten frühzeitig zu identifizieren. Das Früherkennungsprogramm zählt nach § 26, Abs. 1 SGB V zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung; die U1 und U2 finden in der Regel routinemäßig in der Geburtsklinik statt, die U3 bis U9 werden in einer niedergelassenen Arztpraxis für Kinder- und Jugendmedizin oder in einer Hausarztpraxis durchgeführt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011). Im Kindesalter ist das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsstörungen von großer Bedeutung, um langfristige Gesundheitsschäden zu reduzieren oder sogar zu verhindern. So können z. B. Verzögerungen der Sprachentwicklung, die durch ein gestörtes Hörvermögen hervorgerufen werden, durch den frühzeitigen Einsatz von Hörgeräten abgewendet werden (RKI, BZgA 2008).

Indikator

In KiGGS wurde die Teilnahme am Kinderfrüherkennungsprogramm von den Eltern mit der Frage erfasst: „Welche Früherkennungsuntersuchungen haben Sie für Ihr Kind in Anspruch genommen?“ Erhoben wurden dabei Angaben von der U1 bis zur U9; Angaben zu Kindern, die zum Befragungszeitpunkt jünger als die obere zeitliche Toleranzgrenze für die U9 waren, wurden nicht berücksichtigt. Im Folgenden wird der Anteil an Kindern berichtet, die das Früherkennungsprogramm von der U3 bis zur U9 vollständig in Anspruch genommen haben (ohne U7a) (wurde an einer dieser Untersuchungen nicht teilgenommen, gilt dies als

unvollständige Inanspruchnahme). Die Inanspruchnahme der U1 und U2 sind von den Analysen ausgeschlossen, da sie in der Geburtsklinik gewöhnlich routinemäßig durchgeführt werden. Berücksichtigt werden alle Kinder, die in Deutschland geboren sind und zum Erhebungszeitpunkt das 6. Lebensjahr bereits vollendet hatten.

Die Tabellen veranschaulichen die vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen von der U3 bis zur U9 (ohne U7a). Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ In Thüringen liegt der Anteil der Kinder, die die Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 vollständig in Anspruch genommen haben, bei 90,5%.
- ▶ Es treten im Rahmen der vollständigen Inanspruchnahme U3 bis U9 keine statistisch bedeutsamen Unterschiede nach Geschlecht auf.
- ▶ Jungen der hohen Statusgruppe haben mit 92,0% signifikant häufiger das Früherkennungsprogramm vollständig in Anspruch genommen als Jungen der niedrigen Statusgruppe mit 77,1%; Mädchen nehmen hingegen in allen Statusgruppen mit über 90% vollständig an den Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 teil.
- ▶ Mädchen und Jungen, die auf dem Land aufwachsen, haben das Früherkennungsprogramm tendenziell häufiger vollständig in Anspruch genommen als Gleichaltrige in der Stadt; die Unterschiede sind aber nicht statistisch signifikant.

Einordnung der Ergebnisse

In Thüringen liegt der Anteil der Kinder, die die Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 vollständig in Anspruch genommen haben, mit 90,5% auf einem hohen Niveau (die Anteile für die jeweiligen Untersuchungen betragen: U3: 99,1%; U4: 99,2%; U5: 99,1%; U6: 98,7%; U7: 98,1%; U8: 96,2; U9: 93,4%); im Bundesdurchschnitt liegt dieser Anteil mit 82,2% signifikant niedriger (Rattay et al. 2014). Dass in Thüringen keine Geschlechtsunterschiede in der vollständigen Inanspruchnahme U3 bis U9 existieren, stimmt mit den Daten aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt sowie der Berliner Einschulungsuntersuchungen (U1-U8) überein (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2013; Rattay et al. 2014). Die Analysen zum Einfluss des Sozialstatus zeigen, dass Jungen der mittleren und hohen Statusgruppe signifikant häufiger die Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 vollständig in Anspruch genommen haben als diejenigen der niedrigen Statusgruppe; bei Mädchen treten keine bedeutsamen Unterschiede nach sozialem Status auf. Dies steht im Gegensatz zu den Daten für Deutschland insgesamt, die auf Statusunterschiede bei beiden Geschlechtern hinweisen. Die Einschulungsdaten der Bundesländer weisen ebenso auf Statusunterschiede in der vollständigen Inanspruchnahme hin; dabei findet keine geschlechtsspezifische Betrachtung statt (Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2013; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2013; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2014). Trendanalysen auf Basis von KiGGS sowie auf Länder- und kommunaler Ebene weisen auf eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme in den vergangenen Jahren hin (Hock et al. 2013; Rattay et al. 2014). Diese positive Entwicklung ist auch für Thüringen festzustellen (Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, AOK PLUS, Stiftung FamilienSinn, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008). Mit hierzu beige-

tragen haben dürfte das Thüringer Gesetz zur Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (ThürFKG) vom 16. Dezember 2008, zuletzt geändert am 19.12.2013 (GVBl. S. 533).

Literatur

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. <http://www.gba.de/informationen/richtlinien/15/> (Stand: 28.07.2014)
- Hock S, Berchner Y, Blankenstein O et al (2013) Zum aktuellen Stand der Kindervorsorgeprogramme. Ergebnisse des ersten bundesweiten Arbeitstreffens 2011 in Frankfurt am Main. Gesundheitswesen 75 (3): 143–148
- Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–850
- Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2014) Zeitreihe zum Indikator: Früherkennungsuntersuchungen www.gesundheitsplattform.brandenburg.de (Stand: 04.08.2014)
- Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2013) Gesundheit von einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung der Gesundheitsämter. Update Nr. 1. Untersuchungsjahre 2010 – 2012 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2008. LAV Sachsen-Anhalt, Magdeburg www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de (Stand: 04.08.2014)
- Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014) Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und

erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1).
Bundesgesundheitsbl – Gesundheits-
forsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6):
878–891

Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für ge-
sundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008)
Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Ge-
sundheit von Kindern und Jugendlichen in
Deutschland. RKI, BZgA, Berlin, Köln

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Berlin (Hrsg) (2013) Grundausswertung
der Einschulungsdaten in Berlin 2012

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie
und Gesundheit (2013) Antwort des Thü-
ringer Ministeriums für Soziales, Familie
und Gesundheit auf die Kleine Anfrage
des Abgeordneten Koppe (FDP) (2875)
zum Thüringer Gesetz zur Förderung der
Teilnahme an Früherkennungsuntersu-
chungen für Kinder (ThürFKG). Thüringer
Landtag. Drucksache 5/5997

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie
und Gesundheit, AOK PLUS, Stiftung Fa-
milienSinn, Bundeszentrale für gesund-
heitliche Aufklärung (2008) Gemeinsame
Presseinformation: Abschluss der Aktion
„Ich geh’ zur U! Und Du?“ Teilnehmerate
an Früherkennungsuntersuchungen um
12 Prozent gesteigert.
http://www.bzga.de/botpresse_499.html
(Stand: 29.09.2014)

Tabelle 1 Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 (ohne U7a) bei Mädchen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Vollständige Inanspruchnahme	
	%	(95%-KI)
Mädchen	92,2	(89,4-94,2)
<i>Alter</i>		
7-10 Jahre	91,3	(88,0-93,7)
11-13 Jahre	93,4	(88,9-96,1)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	93,1	(85,9-96,8)
Mittel	92,0	(88,4-94,5)
Hoch	91,7	(85,5-95,4)
<i>Wohnort</i>		
Land	94,2	(91,6-96,1)
Stadt	89,7	(85,0-93,1)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	90,5	(87,7-92,8)

Tabelle 2 Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 (ohne U7a) bei Jungen nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Vollständige Inanspruchnahme	
	%	(95%-KI)
Jungen	89,0	(85,0-92,0)
<i>Alter</i>		
7-10 Jahre	88,7	(83,8-92,3)
11-13 Jahre	89,3	(84,3-92,9)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	77,1	(65,3-85,7)
Mittel	91,1	(87,3-93,8)
Hoch	92,0	(85,8-95,6)
<i>Wohnort</i>		
Land	91,7	(87,9-94,4)
Stadt	86,4	(80,0-91,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	90,5	(87,7-92,8)

3.25 Kinderarztbesuche

Einleitung

Die wichtigste Rolle in der ärztlichen Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen kommt der Kinder- und Jugendmedizin zu. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der Facharzttrichtung Kinder- und Jugendmedizin können Heranwachsende bis zum Alter von 18 Jahren behandeln, ab dem Alter von 18 Jahren ist eine Weiterbehandlung nur in Ausnahmen möglich. Die Kinder- und Jugendmedizin ist auf die besonderen Bedürfnisse und gesundheitlichen Probleme von Säuglingen, Klein- und Grundschulkindern sowie Jugendlichen und deren Behandlung spezialisiert. Die Arbeit der Kinderärztinnen und -ärzte beinhaltet neben der Behandlung von Krankheiten in starkem Maße auch die Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen (z. B. im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen) sowie präventiv ausgerichtete Leistungen (z. B. Impfungen).

Indikator

In der KiGGS-Studie wurde für alle Facharzttrichtungen gefragt, ob und wie oft diese innerhalb eines Jahres von dem an der Studie teilnehmendem Kind in Anspruch genommen wurden. Für den Altersbereich von 0 bis 13 Jahren wurden die Eltern im Telefoninterview um Auskunft gebeten, im Alter von 14 bis 17 Jahren wurden die Jugendlichen selbst am Telefon befragt. Im Folgenden wird der Anteil der Kinder und Jugendlichen berichtet, der in den 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal Kontakt zu einer niedergelassenen Arztpraxis für Kinder- und Jugendmedizin hatte (inkl. Hausbesuche).

In den Tabellen wird die 12-Monats-Prävalenz für die Inanspruchnahme einer pädiatrischen Praxis von Kindern und Jugendlichen in Thüringen dargestellt. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ 75,1% aller Kinder und Jugendlichen in Thüringen nahmen innerhalb eines Jahres Leistungen einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin in Anspruch.
- ▶ Wurden im Alter von 0 bis 2 Jahren 98,0% der Kinder innerhalb eines Jahres in einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin vorgestellt, sinkt der Anteil der kinderärztlich Versorgten bis ins Jugendalter deutlich ab.
- ▶ In der Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendmedizin zeigen sich im Kindesalter keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Im Jugendalter suchen weibliche Jugendliche dann häufiger innerhalb eines Jahres einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin auf als männliche Jugendliche (50,8% versus 41,3%).
- ▶ Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem Kinderarztbesuch pro Jahr liegt in den drei Sozialstatusgruppen auf ähnlich hohem Niveau.
- ▶ In der Stadt werden Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner häufiger mindestens einmal im Jahr in Anspruch genommen als in ländlich geprägten Regionen.

Einordnung der Ergebnisse

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die innerhalb eines Jahres Kontakt zu einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin hatten, liegt in Thüringen mit 75,1% deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (67,9%) (Rattay et al. 2014). Dieser Unterschied ist auf die geringere Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendmedizin in den alten Bundesländern zurückzuführen. Während in den alten Bundesländern lediglich 66,0% der 0- bis 17-Jährigen eine Arztpraxis für Kinder- und Jugendmedizin aufgesucht hatten, traf dies für die neuen Bundesländer (inkl. Berlin) auf 77,6% aller Kinder und Jugendlichen zu. Die Inanspruchnahmequote liegt somit in Thüringen auf dem Niveau der neuen Bundesländer insgesamt (Rattay et al. 2014). Während im Säuglingsalter nahezu alle Kinder innerhalb eines Jahres in einer pädiatrischen Praxis vorgestellt wurden, sinkt die Quote bis ins Jugendalter deutlich. Dieser stark altersabhängige Verlauf ist für die pädiatrische Versorgung typisch (Kamtsiuris et al. 2007; Barmer GEK 2012; Rattay et al. 2014). Kinderärztinnen und -ärzte werden somit insbesondere als Spezialisten für gesundheitliche Probleme im Säuglings-, Kleinkind- und Grundschulalter wahrgenommen. Die höhere Inanspruchnahme im jüngeren Alter lässt sich darüber hinaus in Teilen auch durch die für diese Altersgruppe angebotenen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und Impfungen erklären. Ab dem Jugendalter besitzt dann die Allgemeinmedizin den größeren Stellenwert in der ambulant-ärztlichen Versorgung (Rattay et al. 2014, Barmer GEK 2012), wobei auffällt, dass Jugendliche in Thüringen auch im Alter von 14 bis 17 Jahren noch vergleichsweise häufig Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte aufsuchen. Ferner zeigt sich auch für Thüringen das für Deutschland insgesamt bekannte Bild, dass in ländlichen Regionen Praxen für Kinder- und Jugendmedizin deutlich seltener in Anspruch genommen werden als in städtischen Regionen. Dies steht mit einer geringe-

ren Versorgung mit pädiatrischen Angeboten in dünn besiedelten Gebieten und einer damit einhergehenden schlechteren regionalen Erreichbarkeit in Zusammenhang (Barmer GEK 2012). Somit nehmen auch Hausärztinnen und -ärzte in ländlichen Gebieten, in denen oftmals der Besuch einer Kinderarztpraxis weite Fahrwege erfordert, eine wichtige Rolle in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein. Ob die Übernahme kinder- und jugendmedizinischer Aufgaben durch Hausärztinnen und -ärzte als adäquat einzustufen ist, kann mit den vorliegenden Daten jedoch nicht beantwortet werden und wird vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und dem Deutschen Hausärzteverband unterschiedlich beurteilt (Rieser 2010). Für eine abschließende Bewertung der Qualität der medizinischen Versorgung im Kindes- und Jugendalter müssen sowohl die gesamte Angebotsstruktur der medizinischen Versorgung als auch die Inanspruchnahme von Allgemein-, Haus- und spezialisierten Fachärztinnen und -ärzten sowie der medizinische Bedarf und weitere Einflussfaktoren einbezogen werden.

Literatur

- BARMER GEK (Hrsg) (2012) BARMER GEK Arztreport 2012. Schwerpunkt Kinderge-sundheit. Asgard Verlag, St. Augustin
- Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizini-scher Leistungen. Ergebnisse des Kin-der- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Ge-sundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–850
- Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014) Trends in der Inanspruchnahme am-bulant-ärztlicher Leistungen im Kin-des- und Jugendalter Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Ba-siserhebung und erster Folgebefra-gung (KiGGS Welle 1). Bundesgesund-

heitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 878–891

Rieser S (2010). Streit zwischen Berufsverbänden: Kinderärzte fordern mehr eigene Verträge. Deutsches Ärzteblatt 107 (10): A-428

Tabelle 1 Anteil der 0- bis 17-jährigen Mädchen, die in den letzten 12 Monaten eine niedergelassene Ärztin bzw. einen niedergelassenen Arzt für Kinder- und Jugendmedizin in Anspruch genommen haben, nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	12-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)
Mädchen	76,2	(71,9-80,0)
<i>Alter</i>		
0-2 Jahre	99,0	(97,5-99,6)
3-6 Jahre	93,1	(89,9-95,4)
7-10 Jahre	73,8	(67,1-79,6)
11-13 Jahre	58,3	(50,9-65,3)
14-17 Jahre	50,8	(43,2-58,4)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	76,5	(69,1-82,6)
Mittel	75,9	(69,1-82,6)
Hoch	77,6	(72,3-82,2)
<i>Wohnort</i>		
Land	69,1	(63,7-74,0)
Stadt	83,2	(80,1-85,9)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	75,1	(71,3-78,6)

Tabelle 2 Anteil der 0- bis 17-jährigen Jungen, die in den letzten 12 Monaten eine niedergelassene Ärztin bzw. einen niedergelassenen Arzt für Kinder- und Jugendmedizin in Anspruch genommen haben, nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	12-Monats-Prävalenz	
	%	(95%-KI)
Jungen	74,7	(70,3-77,6)
<i>Alter</i>		
0-2 Jahre	97,1	(93,4-98,8)
3-6 Jahre	92,6	(89,2-95,0)
7-10 Jahre	72,2	(66,5-77,3)
11-13 Jahre	60,3	(52,0-68,0)
14-17 Jahre	41,3	(34,4-48,6)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	69,3	(62,6-75,3)
Mittel	75,6	(71,8-79,1)
Hoch	73,7	(66,3-80,0)
<i>Wohnort</i>		
Land	67,6	(62,8-72,1)
Stadt	79,8	(76,4-82,9)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	75,1	(71,3-78,6)

3.26 Arztbesuche insgesamt

Einleitung

In Deutschland wird die Gesundheitsversorgung in Kindheit und Jugend größtenteils über niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht. Obwohl dabei der Kinder- und Jugendmedizin die größte Bedeutung zukommt, werden auch die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte und spezialisierte Facharzt-richtungen (z. B. Augen- und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, Orthopädie und Chirurgie) bereits in diesem Alter häufig in Anspruch genommen (Kamtsiuris et al. 2007, BARMER GEK 2012). Für die unterschiedlichen Facharzt-richtungen zeigen sich dabei altersabhängige Inanspruchnahmepatterns: Während im Kindergartenalter am häufigsten HNO-Ärztinnen und Ärzte konsultiert werden, ist im Einschulungsalter die Inanspruchnahme von Augenärztinnen und -ärzten am höchsten. Die Inanspruchnahme der Chirurgie, Dermatologie und Allgemeinmedizin nimmt einheitlich vom Kindes- in das Jugendalter zu (Kamtsiuris et al. 2007). Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung im Kindes- und Jugendalter ist von großer Bedeutung, da das frühe Erkennen und Behandeln von Entwicklungsstörungen und Krankheiten wichtig ist für eine gesunde Entwicklung.

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurde die Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in den letzten 12 Monaten für 0- bis 13-jährige Kinder durch die Eltern erfasst, Jugendliche gaben hierüber selbst Auskunft. Gefragt wurde: „Wann war Ihr Kind/ Wann warst du das letzte Mal beim Arzt?“. Dargestellt wird im Folgenden der Anteil der Kinder und Jugendlichen,

die mindestens einmal die Hilfe einer niedergelassenen Ärztin oder eines niedergelassenen Arztes in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen hat (Inanspruchnahmequote). In die Analysen eingeflossen sind dabei 13 verschiedene medizinische Fachgebiete: Kinderheilkunde, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Augen- und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Orthopädie, Gynäkologie (bei Mädchen ab 7 Jahren), Neurologie/Psychiatrie (ab 3 Jahren), Chirurgie, Dermatologie, Radiologie und Urologie; der Besuch einer Zahnarztpraxis wurde nicht berücksichtigt.

Die Tabellen stellen die Inanspruchnahmequoten für Kinder und Jugendliche im Alter von 0- bis 17 Jahren in Thüringen dar. Dabei wird nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Wohnort (Stadt/Land) stratifiziert.

Kernaussagen

- ▶ 93,9 % der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Thüringen nahmen mindestens einmal in den letzten 12 Monaten ambulant-ärztliche Leistungen in Anspruch.
- ▶ In der Inanspruchnahmequote treten keine signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen auf; im Alter von 14 bis 17 Jahren zeigen Mädchen tendenziell eine höhere Inanspruchnahme.
- ▶ Während im Alter von 0 bis 2 Jahren fast alle Kinder in den letzten 12 Monaten in einer niedergelassenen Arztpraxis vorgestellt wurden, nimmt dieser Anteil bei 7- bis 13-Jährigen signifikant ab. Im Alter von 14 bis 17 Jahren nimmt dieser Anteil wiederum zu; bei Mädchen ist dieser Anstieg signifikant.

- Es finden sich in der Inanspruchnahmequote keine Unterschiede nach Sozialstatus und Wohnort.

Einordnung der Ergebnisse

Das hier vorgestellte Ergebnis zur Inanspruchnahme der ambulant-ärztlichen Versorgung in Thüringen deutet auf einen hohen Versorgungsgrad in Kindheit und Jugend hin (93,9%). Im Bundesdurchschnitt liegt dieser Anteil mit 91,9% signifikant niedriger (Rattay et al. 2014). Hinsichtlich geschlechts- und altersspezifischer Unterschiede zeigen die Thüringen-Ergebnisse im Einklang mit denen für Deutschland insgesamt, dass keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen in der Inanspruchnahmequote vorliegen. 11- bis 13-Jährige weisen die geringste Inanspruchnahmequote auf; diesen Befund bestätigen ebenfalls die Daten der BARMER GEK (BARMER GEK 2012). Inwieweit es sich dabei um eine „Inanspruchnahmelücke“ im Sinne einer Unterversorgung handelt oder diese tatsächlich auf einen geringeren Versorgungsbedarf zurückzuführen ist, konnte bislang nicht beantwortet werden (Hoepner-Stamos et al. 1997; Settertobulte 1998). Im Alter von 14 bis 17 Jahren zeigen sich ferner erste geschlechtsspezifische Unterschiede im Sinne einer höheren Inanspruchnahme bei Mädchen (Rattay et al. 2013). Als mögliche Gründe werden das Aufsuchen einer Gynäkologin oder eines Gynäkologen diskutiert sowie eine höhere Sensibilität der Mädchen für Körper und Gesundheit oder eine größere Bereitschaft, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen (Settertobulte & Kolip 1997).

Literatur

- BARMER GEK (Hrsg) (2012) BARMER GEK Arzt-report 2012. Schwerpunkt Kindergesundheit. Asgard Verlag, St. Augustin
- Hoepner-Stamos F, Palentien C, Settertobulte W et al. (1997) Der Zugang Jugendlicher zum ambulanten medizinischen Versorgungssystem und Möglichkeiten zu seiner Vernetzung. *Z Gesundh Wiss* 5 (1): 42–55
- Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 836–850
- Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014) Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 57 (7): 878–891
- Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 56 (5/6): 832–844
- Settertobulte W (1998) Jugendliche in der ärztlichen Praxis - ein Versorgungsproblem? *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 92 (2): 79–84
- Settertobulte W, Kolip P (1997) Gender-specific factors in the utilization of medical services during adolescence. *J Adolesc* 20 (1): 121–132

Tabelle 1 Anteil der 0- bis 17-jährigen Mädchen, die in den letzten 12 Monaten eine Ärztin oder einen Arzt in Anspruch genommen haben, nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Arztbesuche insgesamt	
	%	(95%-KI)
Mädchen	94,3	(92,9-95,4)
<i>Alter</i>		
0-2 Jahre	100,0	(100,0-100,0)
3-6 Jahre	98,3	(95,6-99,3)
7-10 Jahre	89,4	(85,5-92,4)
11-13 Jahre	87,8	(84,2-90,7)
14-17 Jahre	96,0	(93,9-97,4)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	92,9	(88,3-95,7)
Mittel	95,0	(93,7-96,0)
Hoch	93,2	(90,8-95,0)
<i>Wohnort</i>		
Land	93,3	(91,2-95,0)
Stadt	95,2	(93,4-96,5)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	93,9	(93,0-94,7)

Tabelle 2 Anteil der 0- bis 17-jährigen Jungen, die in den letzten 12 Monaten eine Ärztin oder einen Arzt in Anspruch genommen haben, nach Alter, Sozialstatus und Wohnort

	Arztbesuche insgesamt	
	%	(95%-KI)
Jungen	93,6	(92,5-94,6)
<i>Alter</i>		
0-2 Jahre	99,8	(98,7-100,0)
3-6 Jahre	97,3	(95,4-98,4)
7-10 Jahre	89,9	(87,1-92,1)
11-13 Jahre	88,6	(85,1-91,4)
14-17 Jahre	92,5	(89,1-94,9)
<i>Sozialstatus</i>		
Niedrig	93,2	(89,8-95,6)
Mittel	94,3	(93,1-95,3)
Hoch	90,9	(87,8-93,3)
<i>Wohnort</i>		
Land	94,6	(93,2-95,7)
Stadt	92,8	(91,1-94,2)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	93,9	(93,0-94,7)

4 Vergleich zwischen Thüringen und Deutschland

In diesem abschließenden Kapitel sollen die im Rahmen des Landesmoduls gewonnenen Daten zur gesundheitlichen Lage, zum Gesundheitsverhalten und zum Inanspruchnahmeverhalten von Kindern und Jugendlichen in Thüringen mit den Daten aus KiGGS Welle 1 für Deutschland insgesamt verglichen werden. Hierfür werden sämtliche Indikatoren der in den 26 Faktenblättern aufbereiteten Gesundheitsthemen in den Blick genommen. Soweit in diesem Vergleich Unterschiede zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt auftreten, bedeutet dies zunächst, dass die jeweilige Situation genauer zu analysieren ist, bevor eindeutige Ursachen benannt werden können. Der Ergebnisvergleich bietet jedoch die Möglichkeit, potenzielle Problemfelder, aber auch besondere Erfolge im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit in Thüringen zu erkennen und diese Informationen in Entscheidungen über prioritäres gesundheitspolitisches Handeln einfließen zu lassen. Die für den Vergleich herangezogenen bundesweiten Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 wurden für einige der wichtigsten Themen in einem Schwerpunktheft des Bundesgesundheitsblattes (Ausgabe Juli 2014) veröffentlicht. Darüber hinaus werden seit Juli 2014 auf Basis der Daten aus KiGGS Welle 1 Faktenblätter für Deutschland insgesamt erstellt und in regelmäßigen Abständen auf den Internetseiten des RKI publiziert. Die statistische Signifikanz möglicher Unterschiede zwischen den Prävalenzschätzungen für Thüringen und Deutschland insgesamt wird anhand der 95%-Konfidenzintervalle beurteilt. Darauf basierend kann gezeigt werden, dass sich für 11 und somit für fast die Hälfte der in den 26 Faktenblättern behandelten Themen keine signifikanten Unterschiede zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt finden. In Bezug auf die anderen 15 Faktenblätter zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hingegen Unterschiede entweder zugunsten oder zuungunsten von Thüringen. In Tabelle 1 werden die Ergebnisse für Thüringen und Deutschland insgesamt gegenübergestellt und für Mädchen und Jungen insgesamt sowie nach Geschlecht getrennt ausgewiesen. Im Folgenden wird der Vergleich zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt anhand der drei Bereiche „Gesundheitliche Lage“, „Gesundheitsverhalten“ und „Inanspruchnahmeverhalten“ zusammenfassend dargestellt.

4.1 Gesundheitliche Lage

Anhand der Daten aus KiGGS Welle 1 können zu vielen unterschiedlichen Aspekten der gesundheitlichen Lage im Kindes- und Jugendalter Aussagen getroffen werden. Die selbst eingeschätzte Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität sind wesentliche Indikatoren für das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden. Darüber hinaus stellt die körperliche und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einen wichtigen Bereich der gesundheitlichen Lage dar. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich ein deutlicher Wandel im Morbiditätsspektrum von Kindern und Jugendlichen vollzogen, hin zu einer „neuen Morbidität“, bei der chronische Erkrankungen und psy-

chische Störungen eine zunehmende Rolle spielen. Um Aussagen über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Thüringen im Vergleich zu Deutschland insgesamt treffen zu können, kann auf die elf Indikatoren „subjektive Gesundheit“, „gesundheitsbezogene Lebensqualität“, „chronisches Kranksein“, „Kopfschmerz“, „psychische Auffälligkeiten“, „ADHS“, „Asthma bronchiale“, „Heuschnupfen“, „Neurodermitis“, „Skoliose“ und „Unfallverletzungen“ zurückgegriffen werden.

Die **subjektive Gesundheit** wurde in KiGGS Welle 1 für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Thüringen gesund aufwächst; nur ein geringer Anteil der Eltern berichtet über einen mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder. Der Vergleich mit den bundesdeutschen Daten aus KiGGS Welle 1 weist darauf hin, dass dies auch für Kinder und Jugendliche in Deutschland insgesamt zutrifft. Demnach treten keine signifikanten Unterschiede zwischen Thüringen und Deutschland in der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands zwischen Kindern und Jugendlichen insgesamt sowie bei separater Betrachtung für Mädchen und Jungen auf.

Im Rahmen von KiGGS Welle 1 wurde die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen mit dem KIDSCREEN-10-Fragebogen im Selbsturteil erfasst. Dieser besteht aus 10 Einzelfragen, die eine Woche rückblickend das Wohlbefinden in den Bereichen Körper, Psyche, Eltern, Freunde und Schule beleuchten. Der Vergleich der Ergebnisse für Thüringen und Deutschland insgesamt zeigt, dass 11- bis 17-jährige Jugendliche in Thüringen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant höher einschätzen als Gleichaltrige im Bundesdurchschnitt. Bei stratifizierter Betrachtung nach Geschlecht stellt sich heraus, dass die Unterschiede zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nur bei Mädchen, aber nicht bei Jungen statistisch signifikant sind.

Chronische Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden wurden in KiGGS Welle 1 bei 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Elternbefragung erhoben. Dabei sind auch leichtere Gesundheitsprobleme eingeschlossen, sofern diese länger andauern. Der Vergleich der Ergebnisse zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt macht deutlich, dass Kinder und Jugendliche in Thüringen signifikant häufiger chronisch krank bzw. von einem lang andauernden Gesundheitsproblem betroffen sind als Gleichaltrige in Deutschland insgesamt. Dieser Unterschied zeichnet sich im Rahmen der geschlechtsstratifizierten Analyse sowohl für Mädchen als auch für Jungen ab.

Mit Blick auf das Thema Schmerzen wurde im Rahmen des Faktenblattes auf den Bereich **Kopfschmerz** fokussiert. In KiGGS Welle 1 wurde das Auftreten von Kopfschmerzen in den letzten 3 Monaten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren erhoben. Die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 weisen darauf hin, dass 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche in Thüringen tendenziell

seltener von Kopfschmerzen betroffen sind als Gleichaltrige in Deutschland insgesamt. Diese Tendenz spiegelt sich bei geschlechtsspezifischer Betrachtung für Mädchen sowie Jungen wider; die Unterschiede fallen aber nicht statistisch signifikant aus.

Psychische Auffälligkeiten wurden in KiGGS Welle 1 mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) mit Blick auf vier Problembereiche (emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen) und einen Stärkenbereich (prosoziales Verhalten) erfasst. Für alle fünf SDQ-Skalen wurde ein Testwert gebildet und aus der Summe der vier Problemskalen ein Gesamtproblemwert ermittelt. Kinder und Jugendliche, die sich im Gesamtproblemwert anhand der Cut-off-Werte einer deutschen Normstichprobe als grenzwertig auffällig oder auffällig klassifizieren lassen, werden als Risikogruppe zusammengefasst. Daten stehen wiederum für die Altersgruppe der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen zur Verfügung. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt im Auftreten psychischer Auffälligkeiten bestehen. Dies zeigt sich für Kinder und Jugendliche insgesamt sowie bei separater Betrachtung für Mädchen und Jungen.

Im Rahmen von KiGGS Welle 1 wurde die Lebenszeitprävalenz einer **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)** für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren von den Eltern erhoben. Ausgegangen wurde dabei von einem ADHS-Fall (einschließlich ADS), wenn die Diagnose durch einen Arzt oder Psychologen gestellt wurde. Der Vergleich der Ergebnisse zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt weist darauf hin, dass sich 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche im Vorliegen einer ADHS-Diagnose in den beiden Studienpopulationen nicht voneinander unterscheiden.

Das Vorliegen allergischer Erkrankungen wurde anhand von drei Faktenblättern zu **Asthma bronchiale, Heuschnupfen** und **Neurodermitis** untersucht. Betrachtet wurden die Lebenszeitprävalenz und die 12-Monats-Prävalenz der entsprechenden Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. In Bezug auf Asthma bronchiale sowie Heuschnupfen zeichnen sich anhand der Prävalenzen keine signifikanten Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen in Thüringen und Deutschland insgesamt ab. Dies gilt für Kinder und Jugendliche insgesamt sowie bei getrennter Betrachtung für Mädchen und Jungen. Mit Blick auf Neurodermitis zeigt sich hingegen, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die jemals oder in den letzten 12 Monaten von Neurodermitis betroffen waren, in Thüringen signifikant höher liegt als im Bundesdurchschnitt. Dieser Unterschied spiegelt sich bei geschlechtsspezifischer Betrachtung aber nur bei Jungen und nicht bei Mädchen wider.

Mit Blick auf Fehlstellungen der Wirbelsäule wurde im Rahmen des Faktenblatts das Vorliegen einer **Skoliose** betrachtet. Im Rahmen des Elterninterviews wurde in KiGGS Welle 1 die Lebenszeitprä-

valenz einer ärztlich diagnostizierten Skoliose bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren erhoben. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich 7- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche in Thüringen in der Skoliosehäufigkeit nicht von gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland insgesamt unterscheiden. Dies gilt bei separater Betrachtung für Mädchen sowie Jungen.

Im Rahmen von KiGGS Welle 1 wurde die Lebenszeitprävalenz eines ärztlich diagnostizierten **Diabetes mellitus** (Typ 1 und Typ 2) bei Kindern und Jugendlichen von den Eltern erhoben. Daten stehen erneut für die Altersgruppe der 7- bis 17-Jährigen zur Verfügung. Die Ergebnisse zeigen, dass in der Diabeteshäufigkeit keine signifikanten Unterschiede zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt existieren. Dies spiegelt sich für Kinder und Jugendliche insgesamt sowie bei geschlechtsspezifischer Betrachtung für Mädchen und Jungen wider (die Mehrheit der 7- bis 17-Jährigen weist dabei einen Diabetes Typ 1 auf; Diabetes Typ 2 tritt nur vereinzelt im späten Jugendalter von 14 bis 17 Jahren auf).

Beim Thema **Unfallverletzungen** wurde in KiGGS Welle 1 nach Verletzungen und Vergiftungen in den letzten 12 Monaten gefragt. Beabsichtigte Verletzungen durch Gewalt oder Selbstbeschädigung wurden dabei nicht erfasst. Bagatellverletzungen wurden ausgeschlossen, indem nach ärztlich behandelten Verletzungen und Vergiftungen gefragt wurde. Auskunft über das Auftreten von Unfallverletzungen haben die Eltern für Kinder und Jugendliche im Alter von 1 bis 17 Jahren gegeben. Der Vergleich der Ergebnisse zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt macht deutlich, dass sich 1- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche in den beiden Studienpopulationen in der Unfallhäufigkeit nicht voneinander unterscheiden; dies ist bei geschlechtsstratifizierter Betrachtung sowohl für Mädchen als auch für Jungen festzustellen.

4.2 Gesundheitsverhalten

Der Grundstein für eine gesunde Lebensführung im Erwachsenenalter wird bereits in frühen Jahren gelegt. Zahlreiche Verhaltensweisen, die sich im Kindes- und Jugendalter entwickeln, werden auch im späteren Leben beibehalten und tragen so auf lange Sicht zur Entstehung und Vermeidung chronischer Erkrankungen bei. Vor diesem Hintergrund wurden in KiGGS Welle 1 umfangreiche Informationen zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen erhoben. Ob sich Kinder und Jugendliche in Thüringen und Deutschland insgesamt in ihrem Gesundheitsverhalten voneinander unterscheiden, wird im Folgenden anhand des Ernährungsverhaltens, der körperlichen-sportlichen Aktivität, der Nutzung elektronischer Medien, des Substanzkonsums und der Passivrauchbelastung überprüft. Darüber hinaus werden Aussagen zu verhaltensbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren rund um die Geburt bei Kindern und Jugendlichen in Thüringen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt gemacht.

Das Ernährungsverhalten wurde im Rahmen von KiGGS Welle 1 durch die drei Faktenblätter zum **Obst-, Gemüse- und Süßigkeitenverzehr** abgebildet, wobei der tägliche Konsum bei den beiden erstgenannten als Indikator für eine gesunde Ernährung und bei letztgenanntem als Indikator für eine ungesunde Ernährung herangezogen wurde. Daten stehen jeweils für die Altersgruppe der 3- bis 17-Jährigen zur Verfügung. Kinder und Jugendliche in Thüringen weisen den Ergebnissen zufolge im Hinblick auf die Indikatoren ein günstigeres Ernährungsverhalten auf als Gleichaltrige in Deutschland insgesamt. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die täglich Obst und Gemüse essen, liegt in Thüringen demnach höher als im Bundesdurchschnitt. Mit Blick auf den Süßigkeitenverzehr ist ein umgekehrter Zusammenhang zu beobachten. Die Unterschiede sind bei getrennter Betrachtung sowohl für Mädchen als auch für Jungen statistisch signifikant.

In Bezug auf das Bewegungsverhalten wurden zwei Faktenblätter zur **körperlichen sowie sportlichen Aktivität** erstellt. Das Ausmaß körperlicher Aktivität wurde in KiGGS Welle 1 mit der Frage zur Häufigkeit der körperlichen Aktivität von mindestens 60 Minuten (an wie vielen Tagen pro Woche) erhoben. Die sportliche Aktivität wurde ermittelt, indem gefragt wurde, ob die Kinder generell in ihrer Freizeit Sport treiben bzw. ob sie auch in einem Verein sportlich aktiv sind. Aussagen können auch hier für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren getroffen werden. In Thüringen erreicht ein etwas höherer Anteil der Kinder und Jugendlichen die von der WHO empfohlenen 60 Minuten körperlicher Aktivität an jedem Tag der Woche. Die Unterschiede im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sind jedoch nur bei geschlechtsübergreifender Betrachtung statistisch signifikant. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die seltener als an zwei Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, ist in beiden Studienpopulationen vergleichsweise gering. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Studienpopulationen treten nicht zutage. Hinsichtlich der sportlichen Aktivität weisen Kinder und Jugendliche in Thüringen niedrigere Beteiligungsraten auf als in Deutschland insgesamt. Dies gilt sowohl für die sportliche Aktivität insgesamt als auch für den Vereinssport. Statistisch signifikante Unterschiede zeichnen sich bei Mädchen sowie Jungen ab.

Im Rahmen von KiGGS Welle 1 wurde das Ausmaß der elektronischen **Mediennutzung** differenziert für die vier Bereiche „Fernsehen/Video“, „Computer/Internet“, „Spielekonsole“ und „Handy“ erhoben. Die in dem Faktenblatt ausgewiesene tägliche Nutzungszeit von mehr als zwei Stunden beruht auf den Selbstangaben der 11- bis 17-Jährigen. Der Anteil der Jugendlichen, die sich mehr als zwei Stunden pro Tag mit ihrem Handy beschäftigen, liegt in Thüringen signifikant höher als im Bundesdurchschnitt. Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung zeigen sich die Unterschiede ebenfalls; diese sind jedoch nicht statistisch signifikant. Bei den drei anderen untersuchten Medienbereichen liegen die Anteile der Jugendlichen mit mehr als zwei Stunden täglicher Nutzungsdauer in Thüringen und im Bundesdurchschnitt eng beieinander.

Der Substanzkonsum von 11- bis 17-jährigen Jugendlichen wurde in KiGGS Welle 1 detailliert erfasst. Faktenblätter wurden zu den Themen **Alkoholkonsum**, **Tabakkonsum** und **Wasserpfeifenkonsum** erstellt. Neben der Frage, ob die Jugendlichen schon einmal Alkohol getrunken haben, wurde das aus drei weiteren Fragen bestehende AUDIT-C Instrument eingesetzt, das Aussagen hinsichtlich des risikanten Alkoholkonsums und zur Verbreitung regelmäßigen Rauschtrinkens ermöglicht. Die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums ist in Thüringen höher als bei Jugendlichen in Deutschland insgesamt. Dies gilt für Mädchen und Jungen gleichermaßen. Hinsichtlich des Risikokonsums und der Verbreitung regelmäßigen Rauschtrinkens sind keine auffälligen Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen festzustellen. Gleiches gilt für den Tabakkonsum. Der Anteil der Jugendlichen, die aktuell zumindest gelegentlich oder sogar täglich rauchen unterscheidet sich nicht zwischen Jugendlichen in Thüringen und Deutschland insgesamt. Auch die Lebenszeitprävalenz des Tabakkonsums liegt in Thüringen und Deutschland insgesamt auf einem vergleichbaren Niveau. Der Konsum von Wasserpfeifen ist hingegen bei Thüringer Jugendlichen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt seltener verbreitet. Dies spiegelt sich in niedrigeren Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen wider. Die Unterschiede sind sowohl insgesamt als auch bei Jungen statistisch signifikant, bei Mädchen hingegen nicht.

Um die **Passivrauchbelastung** in KiGGS Welle 1 zu erheben, wurden 11- bis 17-jährige Jugendliche, die selbst nicht rauchen, gefragt, wie häufig sie sich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird. Der Anteil der Jugendlichen, auf die dies mehrmals pro Woche oder täglich zutrifft, ist in Thüringen und Deutschland insgesamt nahezu identisch.

Auch das elterliche Gesundheitsverhalten ist für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung – dies gilt in besonderem Maße für die Zeit der Schwangerschaft und die ersten Lebensmonate. Als zentrale verhaltensbezogene Risiko- und Schutzfaktoren rund um die Geburt wurden in KiGGS Welle 1 **das mütterliche Rauchen in der Schwangerschaft** und das **Stillverhalten** identifiziert. Für beide Bereiche wurden Angaben aus der Elternbefragung für Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren herangezogen. Der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft geraucht haben, liegt in Thüringen und Deutschland insgesamt auf dem gleichen Niveau. Anders sieht es mit Blick auf das Stillverhalten aus. Während der Anteil der Kinder, die jemals gestillt wurden, in Thüringen höher liegt als in Deutschland insgesamt, ist der Anteil der Kinder, die mindestens vier Monate lang ausschließlich gestillt wurden, in Thüringen niedriger als im Bundesdurchschnitt. Die Unterschiede zeichnen sich in beiden Fällen sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen ab, sie sind jedoch nur dann statistisch signifikant, wenn beide Geschlechter gemeinsam betrachtet werden.

4.3 Inanspruchnahmeverhalten

In Deutschland wird die Gesundheitsversorgung im Kindes- und Jugendalter größtenteils über niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht. Die wichtigste Rolle in der ärztlichen Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen kommt dabei der Kinder- und Jugendmedizin zu. Neben der Behandlung von Krankheiten beinhaltet die Arbeit von Kinderärztinnen und Kinderärzten im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen auch das frühzeitige Identifizieren von Entwicklungsstörungen und Krankheiten, um langfristige Gesundheitsschäden zu reduzieren oder sogar zu verhindern. Neben der Kinder- und Jugendmedizin werden von Mädchen und Jungen auch hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte und spezialisierte Facharzttrichtungen bereits häufig in Anspruch genommen. Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ist vor dem Hintergrund einer gesunden Entwicklung der heranwachsenden Generation von großer Bedeutung. Im Folgenden werden Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zwischen Mädchen und Jungen in Thüringen und Deutschland in Bezug auf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte insgesamt, in Bezug auf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin und in Bezug auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen berichtet.

Die **Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte insgesamt** wurde in KiGGS Welle 1 für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren in den letzten 12 Monaten erhoben. In die Analysen eingeflossen sind dabei 13 verschiedene medizinische Fachgebiete, und zwar die Kinderheilkunde, die Allgemeinmedizin, die Innere Medizin, die Augenheilkunde, die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, die Orthopädie, die Gynäkologie (bei Mädchen im Alter ab 7 Jahren), die Neurologie/Psychiatrie (ab 3 Jahren), die Chirurgie, die Dermatologie, die Radiologie und die Urologie. Der Vergleich der Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 für Thüringen und Deutschland insgesamt zeigt, dass 0- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche in Thüringen signifikant häufiger in den letzten 12 Monaten ambulant-ärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben als im Bundesdurchschnitt. Bei getrennter Betrachtung für Mädchen und Jungen zeigt sich, dass die Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen nur bei Mädchen, aber nicht bei Jungen statistisch signifikant sind.

Die **Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin** wurde im Rahmen von KiGGS Welle 1 für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren in den letzten 12 Monaten erfasst. Der Vergleich der Daten aus KiGGS Welle 1 zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt zeigt, dass 0- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche in Thüringen signifikant häufiger eine niedergelassene Ärztin oder einen niedergelassenen Arzt für Kinder- und Jugendmedizin in den letzten 12 Monaten aufgesucht haben. Bei differenzierter Betrachtung für Mädchen und Jungen wird deutlich, dass die Unterschiede zwischen Thüringen und Deutschland insgesamt in der

Inanspruchnahme einer Arztpraxis für Kinder- und Jugendmedizin nur bei Mädchen, aber nicht bei Jungen statistisch signifikant sind.

In KiGGS Welle 1 wurde die **Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen** für alle Kinder erfasst, die in Deutschland geboren sind und zum Erhebungszeitpunkt das 6. Lebensjahr vollendet hatten. Das Faktenblatt stellt die vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen von der U3 bis zur U9 (ohne U7a) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 13 Jahren dar; weil die U1 und die U2 in der Regel routinemäßig in der Geburtsklinik durchgeführt werden, wurden die ersten beiden Untersuchungen zur Früherkennung aus den Analysen ausgeschlossen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Anteil der Kinder, die die Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 vollständig in Anspruch genommen haben, in Thüringen signifikant höher liegt als im Bundesdurchschnitt. Die Unterschiede in der vollständigen Inanspruchnahme U3 bis U9 sind dabei sowohl für Mädchen als auch für Jungen statistisch signifikant.

Tabelle 1 Ergebnisvergleich der beiden Datensätze zu KiGGS Welle 1: Thüringen (TH) versus Deutschland (DEU) insgesamt. Statistisch signifikante Unterschiede werden anhand der 95%-Konfidenzintervalle beurteilt und sind mit * bzw. ** gekennzeichnet (* Unterschied zugunsten von Thüringen, ** Unterschied zuungunsten von Thüringen)

Thema	Indikator(en)	Alter	Gesamt		Mädchen		Jungen	
			TH	DEU	TH	DEU	TH	DEU
Gesundheitliche Lage								
Subjektive Gesundheit	• Prävalenz („mittelmäßig bis sehr schlecht“)	3-17 Jahre	6,2%	6,4%	5,9%	6,6%	6,5%	6,2%
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	• KIDSCREEN-10 (MW)	11-17 Jahre	54,2*	53,1	53,3*	51,9	55,1	54,2
Chronisches Kranksein	• Prävalenz mind. einer chronischen Erkrankung bzw. lang andauernder Gesundheitsbeschwerden	0-17 Jahre	20,4%**	16,2%	18,9%**	14,3%	21,7%**	17,9%
Kopfschmerz	• 3-Monats-Prävalenz	3-17 Jahre	44,6%	48,1%	49,1%	52,6%	40,4%	43,7%
Psychische Auffälligkeiten	• SDQ-Gesamtproblemwert	3-17 Jahre	20,6%	20,2%	17,1%	16,9%	23,9%	23,4%
ADHS	• Lebenszeitprävalenz (Diagnose durch Arzt oder Psychologe)	3-17 Jahre	5,6%	5,0%	2,5%	1,7%	8,6%	8,0%
Asthma bronchiale	• Lebenszeitprävalenz • 12-Monats-Prävalenz	0-17 Jahre	7,3% 5,1%	6,3% 4,1%	5,9% 4,1%	5,2% 3,5%	8,6% 6,0%	7,4% 4,6%
Heuschnupfen	• Lebenszeitprävalenz • 12-Monats-Prävalenz	0-17 Jahre	13,6% 9,7%	12,6% 9,1%	11,1% 7,7%	10,7% 7,8%	16,0% 11,6%	14,5% 10,2%
Neurodermitis	• Lebenszeitprävalenz • 12-Monats-Prävalenz	0-17 Jahre	17,6%** 9,6%**	14,3% 6,0%	17,5% 10,2%**	14,3% 6,3%	17,6%** 9,2%**	14,3% 5,7%
Skoliose	• Lebenszeitprävalenz	7-17 Jahre	6,4%	5,3%	7,9%	5,6%	4,9%	5,0%
Diabetes	• Lebenszeitprävalenz	7-17 Jahre	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Unfallverletzungen	• 12-Monats-Prävalenz	1-17 Jahre	14,7%	15,5%	12,7%	14,0%	16,7%	17,0%
Gesundheitsverhalten								
Obstverzehr	• Täglicher Verzehr	3-17 Jahre	73,0%*	61,1%	78,9%*	65,5%	67,5%*	56,9%
Gemüseverzehr	• Täglicher Verzehr	3-17 Jahre	50,3%*	43,5%	54,0%*	46,7%	46,8%*	40,4%

Thema	Indikator(en)	Alter	Gesamt		Mädchen		Jungen	
			TH	DEU	TH	DEU	TH	DEU
Süßigkeitenverzehr	<ul style="list-style-type: none"> Täglicher Verzehr 	3-17 Jahre	31,7%*	38,1	33,1%*	39,1%	30,3%*	37,1%
Körperliche Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> Täglich mind. 60 Min. körperl. aktiv Seltener als an 2 Tagen p.W. aktiv 	3-17 Jahre	31,0%* 5,3%	27,5% 6,3%	28,2% 6,5%	25,4% 8,0%	33,7% 4,1%	29,4% 4,7%
Sportliche Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> Sportlich aktiv Sport im Verein 	3-17 Jahre	69,8%** 46,0%**	77,5% 59,7%	67,8%** 43,4%**	76,1% 56,8%	71,8%** 48,4%**	78,8% 62,5%
Mediennutzung	<ul style="list-style-type: none"> Fernsehen/Video (mehr als 2 Std./täglich) Computer/Internet (mehr als 2 Std./täglich) Spielekonsole (mehr als 2 Std./täglich) Handy (mehr als 2 Std./täglich) 	11-17 Jahre	37,5% 27,3% 7,6% 23,0%**	33,8% 26,7% 6,8% 17,3%	35,2% 27,1% 1,7% 29,4%	30,3% 26,7% 1,4% 22,8	39,6% 27,6% 13,2% 16,9%	37,2% 26,6% 12,1% 12,0
Alkoholkonsum	<ul style="list-style-type: none"> Lebenszeitprävalenz Risikokonsum (AUDIT-C) Regelmäßiges Rauschtrinken 	11-17 Jahre	62,3%** 15,9% 13,0%	54,4% 15,8% 11,5%	62,2%** 17,0% 10,5%	54,8% 16,5% 9,8%	62,5%** 14,9% 15,4%	53,9% 15,1% 13,1
Tabakkonsum	<ul style="list-style-type: none"> Rauchen aktuell Rauchen täglich Rauchen jemals 	11-17 Jahre	14,4% 6,8% 30,3%	12,0% 5,4% 27,0%	14,5% 6,9% 30,3%	11,9% 5,3% 26,9%	14,2% 6,8% 30,6%	12,1% 5,5% 27,2%
Wasserpfeifenkonsum	<ul style="list-style-type: none"> Lebenszeitprävalenz 12-Monats-Prävalenz 30-Tage-Prävalenz 	11-17 Jahre	20,0%* 13,0%* 5,5%*	25,2% 17,8% 8,6%	18,4% 12,4% 5,6%	22,9% 16,1% 7,1%	21,4%* 13,5%* 5,5%*	27,4% 19,4% 10,0%
Passivrauchbelastung	<ul style="list-style-type: none"> Aufenthalt in Räumen, in denen geraucht wird (mind. mehrmals pro Woche; nur Nichtraucher) 	11-17 Jahre	18,1%	18,8%	18,3%	18,7%	18,5%	19,0%
Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft	<ul style="list-style-type: none"> Prävalenz 	0-6 Jahre	13,3%	12,1%	15,3%	12,3%	11,4%	11,8%
Stillverhalten	<ul style="list-style-type: none"> Stillquote (jemals gestillt) Ausschließliches Stillen für mind. 4 Monate 	0-6 Jahre	87,3%* 28,4%**	82,1% 34,0%	88,3% 31,7%	83,5% 36,5%	86,3% 25,4%	80,8% 31,7%
Inanspruchnahmeverhalten								
Früherkennungs-untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> Vollständige Inanspruchnahme (U3 bis U9) 	7-13 Jahre	90,5%*	82,2%	92,2%*	82,3%	89,0%*	82,0%
Kinderarztbesuche	<ul style="list-style-type: none"> 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme 	0-17 Jahre	75,1%*	67,9%	76,2%*	67,1%	74,7%	68,7%
Arztbesuche insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme 	0-17 Jahre	93,9%*	91,9%	94,3%*	91,9%	93,6%	92,0%